

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N^o 533

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MELOT  

Né à Sombornon (Côte-d'Or), le 6 juillet 1889

LES OREILLONS

DE LA

PREMIÈRE ENFANCE

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

111

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MELOT 

Né à Sombornon (Côte-d'Or), le 6 juillet 1889

LES OREILLONS

DE LA

PREMIÈRE ENFANCE

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

DOYEN... M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATFLLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERRER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M.A. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

*Ravis brutalement à mon affection,
Je dépose pieusement sur leurs tombes
ce modeste travail, en souvenir de tant
de sacrifices consentis.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. NOBÉCOURT

Professeur de Clinique Médicale des Enfants

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*A qui j'exprime toute ma gratitude
pour m'avoir inspiré le sujet de cette
thèse et m'avoir fait le grand honneur
d'en présider la soutenance.*

A M, LE DOCTEUR GASTON DUCHESNE

Rédacteur en chef du *Concours Médical*

Administrateur de la Maison du Médecin
de l'Union fédérative des Médecins de Réserve, etc...

Médecin Lieutenant-colonel honoraire

Chevalier de la Légion d'honneur

Dont l'amicale et inlassable sollicitude nous fut toujours d'un si précieux secours. Nous sommes heureux de lui exprimer aujourd'hui ce trop faible témoignage de notre sincère et inaltérable gratitude, ainsi que de notre profond respect.

A M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Médecin de l'Hôpital Laënnec
Officier de la Légion d'honneur

*Nous lui garderons toujours une vive
reconnaissance pour l'accueil bienveil-
lant que nous reçûmes dans son service.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

LES OREILLONS

DE LA

PREMIÈRE ENFANCE

INTRODUCTION

Le praticien a fréquemment l'occasion de se trouver en présence d'Oreillons au cours de sa carrière médicale ; c'est une maladie de l'enfance et de l'adolescence, frappant aussi les adultes, mais sans être taxé d'exagération, on peut dire que son atteinte chez le nourrisson est considérée par tous les pédiâtres comme quasi-exceptionnelle.

Nous devons à l'extrême obligeance de M. le Professeur Nobécourt, l'observation d'un cas d'oreillons chez un enfant de dix mois et demi qui fut hospitalisé dans son service de Clinique médicale des Enfants.

A cette occasion, il a bien voulu nous autoriser à profiter de cette précieuse circonstance pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Au début de ce travail, qu'il veuille bien nous permettre de lui témoigner notre très profonde et très sincère gratitude pour l'accueil si bienveillant qu'il nous réserva, ainsi que pour la facilité qu'il nous accorda en nous donnant libre accès tant dans

son service qu'à la bibliothèque de la clinique, où nous avons puisé largement documents et observations, qui nous ont permis de mener à bien notre tâche.

Qu'il soit assuré que nous lui en gardons une vive reconnaissance !

HISTORIQUE

Les oreillons sont connus depuis l'antiquité et les classiques ne manquent pas de souligner que le Père de la Médecine, Hippocrate, en avait déjà fait une description magistrale dans le premier livre de ses *Epidémies*, à l'occasion des maladies qu'il avait observées dans l'île Thasos.

Ce profond observateur avait eu son attention attirée par la fréquente localisation testiculaire des Oreillons, tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, survenant le plus souvent consécutivement, plus rarement accompagnant ou même précédant le gonflement parotidien.

Aussi en avait-il fait une maladie nettement spécifique !

Nous voyons Galien et Celse établir encore une distinction entre les parotidites suppurées qui surviennent au déclin des fièvres graves et les parotidites primitives frappant des sujets en pleine santé et se terminant favorablement par la résolution.

Puis, succède une longue période de confusion où ne fut plus établi de différence entre les Oreillons et les Parotidites, voire même les Adénites cervicales.

Cependant de nombreuses épidémies avaient été observées et décrites avec exactitude par Scroekins, Dionis, Targioni, Tozzete, Laghi, Hamilton, etc... Mais c'est Mangor qui, le premier, en 1772, démontra qu'il s'agissait d'une maladie contagieuse.

Quelques années plus tard Protolongo écrivant à Borsieri faisait un rapprochement entre les Oreillons et les fièvres éruptives et soutenait l'hypothèse d'une maladie générale.

Behier en faisait une maladie locale à *frigore*.

Ce n'est que vers la seconde moitié du xix^e siècle que Trousseau, Barthez et Rilliet, Grisolles, Peter et Léon Colin établirent définitivement la spécificité de cette maladie, en apportant à cette manière de voir l'appui de leurs observations et de leur autorité.

Dès lors la spécificité des Oreillons fut définitivement admise et tous les classiques écrivent désormais que sous ce nom, on désigne une maladie infectieuse, spécifique, contagieuse et épidémique.

Certains auteurs voulant même établir un rapprochement avec les fièvres éruptives ont qualifié les Oreillons de fièvre ourlienne.

Aujourd'hui, la pratique de la ponction lombaire et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien sont venus depuis peu, apporter une conception nouvelle des Oreillons : nous aurons l'occasion d'y revenir à propos de leur pathogénie.

ÉTIOLOGIE

Nous ne nous attarderons pas à examiner combien est fréquente l'atteinte des Oreillons chez les enfants, les adolescents et les adultes.

Si les statistiques nous montrent leur prédilection marquée entre 3 et 30 ans avec atteinte maxima entre 5 et 15 ans, par contre elles sont quasi-muettes en ce qui concerne le nourrisson.

Quelques très rares cas sont bien cités par les classiques, mais à notre connaissance nous n'avons pu relever dans la littérature que la seule statistique de Ringberg.

Ce dernier, étudiant les cas d'Oreillons constatés au Danemark de 1870 à 1894, obtient le chiffre global de 58.331 dont 205 concernant les nourrissons, soit une proportion de 1 pour 300 environ.

Depuis fort longtemps, les observateurs avaient été frappés du fait qu'en périodes d'épidémie, dans les milieux contaminés, les nourrissons étaient presque toujours épargnés.

Cette protection était élevée à la hauteur d'un dogme et il ne faut pas remonter très loin en arrière pour lire que jusqu'à deux ans, les enfants ne con-

tractent les Oreillons, sinon jamais, du moins d'une façon exceptionnelle.

De nombreuses constatations venaient à l'appui de cette théorie, à laquelle on ne donnait alors aucune explication.

Nous citerons la plus remarquable et qui se rapporte à une épidémie d'oreillons sévissant sur un bateau convoyeur le *Corpatrick*, pendant une longue traversée, où les occasions de contagion se trouvaient réunies au maximum.

Dans ce convoi d'émigrants qui allaient de Calcutta à Cayenne éclata une épidémie d'Oreillons; on put alors remarquer que sur 33 enfants âgés de moins d'un an qui s'y trouvaient, aucun ne fut atteint.

Merklen a vu une nourrice atteinte d'oreillons continuer à donner le sein à un bébé sans contaminer celui-ci.

V. Hutinel écrivait que les enfants à la mamelle et les nouveau-nés sont exceptionnellement contagionnés.

Rilliet et Lombard dans l'épidémie de Genève n'ont pas observé un seul cas au-dessous de deux ans.

Il semble donc que le jeune âge soit en quelque sorte immunisé contre l'infection ourlienne.

IMMUNOLOGIE

Une telle constatation appelle une explication :

La première venant à l'esprit est que de toute évidence, de par les conditions mêmes de son existence, le nourrisson est moins que tout autre exposé à la contagion.

Cela est vrai dans une certaine mesure puisque dans les premières semaines il sort peu ; il n'a donc pas l'occasion de se mêler aux foules.

De par son âge aussi, il se trouve éloigné des milieux scolaires véritables bouillons de culture en périodes d'épidémie.

Mais on n'avait pas été sans remarquer que dans les familles où les aînés contractent les oreillons, le jeune enfant âgé de quelques semaines ou de quelques mois n'est que fort exceptionnellement atteint, bien qu'en contact parfois permanent et forcé avec eux.

Nous en comprenons maintenant beaucoup plus facilement la raison depuis les découvertes de Pasteur et les travaux sur l'immunité naturelle et l'immunité acquise qui devaient en découler.

Nous pouvons dire, aujourd'hui, que la mère transmet à l'enfant par la voie placentaire, une immunité passive, immunité progressivement dégradée mais d'autant plus durable que l'immunité maternelle est plus forte.

C'est une théorie générale s'appliquant non seulement aux Oreillons, mais à toutes les maladies infectieuses infantiles.

La confirmation clinique de l'existence de cette immunité et de sa dégradation progressive a été l'objet d'observations et de statistiques très précises de la part du professeur P. Nobécourt et de son élève Veslot qui en fit, sous son inspiration, l'objet de sa thèse en ce qui concerne la Rougeole. Durant une période s'espaçant sur plus de quatre années, le professeur Nobécourt relève le chiffre des admissions pour Rougeole dans son service de Clinique Médicale des Enfants, ainsi que l'âge de ses petits malades.

Il peut ainsi assister aux constatations suivantes :

Dans la première année de la vie, il note une faible proportion de rougeoleux (9,3 %) sur 3.000 Rougeoles observées.

Poussant plus loin ses investigations, il étudie alors dans le cours de cette même première année les cas de Rougeole contractés durant les premier, deuxième, troisième et quatrième trimestres de l'existence ; il obtient les proportions suivantes :

De 0 à 3 mois.....	0
De 3 à 6 mois.....	17,92 %
De 6 à 9 mois.....	41,21 %
De 9 à 12 mois.....	40,86 %

Ses constatations viennent à l'appui de la thèse qu'avaient formulée MM. Debré et Joannon : chez un enfant né d'une mère antérieurement atteinte de

rougeole l'immunité est strictement absolue pendant les deux premiers mois de la vie, elle est pratiquement absolue pendant les trois premiers mois, mais elle devient relative au cours des quatrième et cinquième mois et du sixième au huitième elle est nulle ou faible. Par contre, l'enfant né d'une mère qui n'a pas eu la Rougeole n'est pas immunisé.

Ce corollaire a été vérifié pour la Rougeole en particulier à l'occasion d'une épidémie des îles Féroë en 1882 où aucun cas n'avait été constaté depuis 1846, sur 7.782 habitants, plus de 6.000 furent atteints ; les nourrissons furent contaminés au même titre et dans les mêmes proportions que les enfants adolescents et adultes.

Nous faisons les mêmes observations en ce qui concerne le nourrisson des campagnes. La morbidité y étant moins élevée qu'en ville, la proportion des oreillons du nourrisson se relève fort nettement.

Les nourrissons des villes jouissent donc, dans ce cas, d'une véritable immunité, immunité qui ne saurait connaître d'autres explications, dans l'état actuel de la science, que la transmission d'anticorps provenant de la mère ; les milieux urbains étant plus fréquemment touchés.

Quant à la dégradation de cette immunité avec l'âge du nourrisson, elle a été vérifiée notamment en ce qui concerne la diphtérie, par l'utilisation rationnelle de la réaction de Shick.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les Oreillons règnent fréquemment à l'état de petites épidémies qui, dans les grands centres de population s'enchainent les unes aux autres de manière à produire l'endémicité de la maladie.

C'est principalement dans les écoles, collèges, pensionnats, lycées, casernes, navires, voire même prisons, qu'on les rencontre le plus fréquemment.

Ces épidémies sévissent dans tous les climats et pendant toutes les saisons, cependant plus fréquemment en hiver et au printemps.

Cette prédominance pendant la saison froide est signalée de différents côtés.

Hirsch sur 150 épidémies en a vu se produire :

48 en hiver
17 en hiver et au printemps
41 au printemps
15 en été
4 en été et en automne
10 en automne
7 en automne et en hiver.

Par conséquent 108 pendant la saison hiberno-vernale et 42 pendant la saison estivo-automnale.

Kelsch, étudiant tous les documents concernant
115 épidémies d'oreillons a noté le début :

36 fois en janvier
14 — en février
11 — en mars
6 — en avril
8 — en mai
5 — en juin
2 — en juillet
2 — en août
0 — en septembre
2 — en octobre
5 — en novembre
24 — en décembre.

Ces chiffres montrent la prédilection indiscutable de l'infection ourlienne pour la saison hiberno-vernale.

Dès novembre, en général, on note un mouvement ascensionnel qui se continue progressivement jusqu'en février, mars, avril, suivi, à partir de cette époque, du déclin qui commence à se dessiner assez brusquement pour se poursuivre à l'automne où la morbidité atteint son niveau le plus bas.

Les pays tempérés, paraissent offrir le milieu le plus favorable à leur développement, mais les Oreillons ont été observés aussi un grand nombre de fois dans les climats froids comme dans les régions tropicales.

En effet, des épidémies ont été signalées dans le nord de la Suède, en Islande, à la Nouvelle-Arkangel, comme on en vit en Turquie, en Egypte, en Arabie,

aux Indes, aux Antilles; on sait qu'en Algérie, les Oreillons sont aussi communs qu'en France.

On a noté aussi souvent la coïncidence des Oreillons et des fièvres éruptives.

Sur 15 épidémies d'Oreillons dont Cousin a fait le relevé :

6	coïncidaient avec la rougeole
3	— scarlatine
6	— variole

Cette remarque serait aussi valable, mais dans des proportions moindres, tant pour la fièvre typhoïde que pour la méningite cérébro-spinale et la diphtérie.

Par contre deux auteurs italiens : P. Galli et H. Berardinone dans la *Revista die Clinica Pediatrica* (gennaio 1906), ont noté fréquentes fois, l'antagonisme entre les Oreillons et la coqueluche et les faits qu'ils soumettent à l'appréciation du lecteur ne laissent pas d'être impressionnants.

CONTAGIOSITÉ.

La contagion des Oreillons est indubitable, elle est prouvée non seulement pendant la période d'incubation et pendant la période d'état, mais encore longtemps après la disparition de la fluxion parotidienne.

Nous nous permettons de citer trois observations pour illustrer et confirmer cette opinion.

a) PENDANT LA PÉRIODE D'INCUBATION.

Le fils du Professeur Peter âgé de 3 ans resta quelques heures à Versailles auprès de ses jeunes cousins âgés respectivement de 7 et 5 ans et qui devaient avoir les oreillons peu après. Trois semaines s'étaient écoulées et l'enfant fut frappé de la même maladie qu'il communiqua à sa bonne.

Cas de Feulard : Une jeune fille n'ayant pas encore les oreillons le jour d'un bal, contagiona huit de ses danseurs qui firent des oreillons dans les délais normaux.

b) PENDANT LA PÉRIODE D'ÉTAT.

Si nous relevons ce fait, ce n'est que pour signaler le cas de Bretonneau couchant dans la chambre d'un jeune homme atteint d'oreillons et les contractant.

c) POSSIBILITÉ DE CONTAGION APRÈS LE RETOUR DES
PAROTIDES A L'ÉTAT NORMAL, PENDANT LA CONVALESCENCE.

Il existe quelques observations relatant l'apparition d'une orchite plus d'un mois après la disparition de la parotidite. Nous empruntons à la thèse de Séta (Paris, 1869) l'observation du Dr Bermutz constatant deux cas de contagion six semaines après le début d'Oreillons :

Trois enfants d'une famille à laquelle je donnais mes soins eurent successivement les oreillons ; je préviens les parents que la maladie était contagieuse et je leur recommandai d'isoler les malades. Au bout de six semaines les parents me demandèrent si les enfants pourraient sans danger rendre visite à la famille de leur oncle à la campagne et dont j'étais le médecin. Ils y allèrent et communiquèrent la maladie à leurs deux petits cousins.

A cette occasion, j'ai perdu la clientèle de ces deux familles.

La contagion n'est plus pour moi un fait à établir ; il faudrait chercher seulement au bout de combien de temps la maladie cesse d'être contagieuse.

Si aujourd'hui nous sommes fixés d'une façon certaine sur la contagiosité des Oreillons, nous venons de constater que nous sommes loin d'avoir des précisions sur sa durée. A cet égard, les opinions restent partagées ; pour certains, la transmissibilité prend fin 4 à 5 jours après le début de la fluxion parotidienne ; d'après eux, la convalescence serait sans danger pour l'entourage.

Cependant, nous l'avons vu, certains faits s'inscrivent en faux contre cette opinion.

Aussi, il est sage d'estimer que la durée de la contagion reste possible environ trois semaines après le retour des parotides à l'état normal.

La contagion est néanmoins surtout marquée à la fin de la période d'incubation, à la période d'invasion et les quatre ou cinq jours qui succèdent au début de la fluxion parotidienne.

La transmission s'effectue presque toujours par contagé direct ; la persistance du virus dans la gorge explique la contagion des cas d'orchite ou de pancréatite.

La contagion indirecte, bien qu'exceptionnelle, est possible et due à la présence du virus sur les vêtements, le linge, la literie.

L'individu sain porteur de germes peut aussi transmettre la maladie : Roth rapporte qu'un assistant de l'hôpital de Bamberg transmet les Oreillons à une malade de ville, sans être lui-même contaminé.

ÉTUDE CLINIQUE

Période d'incubation.

Elle est silencieuse et remarquable par sa longue durée, se prolongeant pendant une moyenne d'environ trois semaines ; de dix-huit à vingt-deux jours classiquement.

Mais suivant la virulence du germe ou les conditions de réceptivité organique, elle peut être diminuée ou augmentée.

Rilliet et Lombard qui ont pu observer un certain nombre de cas, ont vu la durée de l'incubation différer dans de très notables proportions. Ils ont rencontré, par exemple :

1 cas où la durée de l'incubation fut de 8 jours			
11 cas	—	—	19 à 20 jours
13 cas	—	—	20 à 22 jours
1 cas	—	—	23 à 26 jours

D'Espines et Picot donnent comme chiffres extrêmes : 4 à 26 jours ; Hénoc 14 à 22 jours.

Demme dit avoir vu une incubation limitée à 4 jours. Assez souvent on trouve 12, 13, 14 jours (Ravez, Rendu, Dukes, Hénoc). Sur 42 cas, Dukes

a noté 37 fois une durée de 18 à 22 jours. Jobard a vu les oreillons éclater 23 jours après le départ de Karikal sur le paquebot dont il était le médecin.

Merklen a noté des durées de 23, 24, 25 et 26 jours ; avec Rendu il a observé une durée de 26 jours chez un jeune homme qui avait passé une soirée auprès de son frère soldat à Rouen, lequel eut ultérieurement les Oreillons ; la mère de ce jeune homme contracta la même maladie 25 jours après.

Antony, dans 3 cas bien observés, a relevé des durées de 26, 28 et 33 jours.

H. Cambessèdes cite 2 cas où la durée de l'incubation fut de 29 jours.

Il ne faut retenir comme chiffre moyen et aussi le plus fréquent, la durée de 21 jours sur lequel l'accord paraît être réalisé actuellement.

Période d'invasion.

Les prodromes font rarement défaut, mais ils sont discrets et parfois tellement légers qu'ils passent souvent inaperçus.

Mais si l'on se trouve en période d'épidémie, l'attention sera attirée par quelques signes généraux : la pâleur de la face, la prostration, l'inappétence, l'enfant refuse le sein ou le biberon, présente également quelques légers troubles gastro-intestinaux banaux mais si fréquents chez le nourrisson à l'occasion de la moindre infection, c'est-à-dire vomissements et diarrhée.

Il est grognon, se met à crier plus souvent qu'à l'ordinaire, son sommeil devient agité et si devant ce cortège de symptômes insolites on songe à prendre la température on remarque une élévation très nette.

On ne manque pas généralement d'examiner la gorge à la suite de cette constatation et l'on est frappé par la rougeur diffuse de la muqueuse bucco-pharyngée. En période d'épidémie l'attention se trouve attirée du côté du canal de Sténon que l'on trouve rouge, tuméfié, turgescant.

Mais il faut bien le dire le diagnostic est rarement porté à cette période de la maladie, d'abord parce que souvent le médecin n'y songe pas et aussi en raison de sa courte durée qui oscille entre douze et trente-six heures: si bien que pratiquement la famille ne l'appelle pas à cette période.

Période d'état.

C'est à ce moment que l'on observe l'apparition de la tuméfaction parotidienne, mais, là encore, il ne faut pas oublier que si elle est modérée, la conformation spéciale de la tête du nourrisson en rend l'appréciation délicate et fait que le diagnostic peut rester hésitant ou parfois même n'être pas posé.

Signes physiques.

INSPECTION.

La fluxion parotidienne débute dans le sillon rétro-maxillaire, elle peut y rester circonscrite ou s'étendre autour de lui gagnant les régions massé-térine et sous-maxillaire.

La tuméfaction porte à la fois sur la parotide et les tissus périglandulaires.

Au moindre degré, on constate simplement une tuméfaction légère qui déforme à peine les traits et peut passer inaperçue.

A un degré plus marqué, la tuméfaction est plus saillante, présentant son maximum d'élévation vers le lobule de l'oreille ; elle soulève et rejette en dehors le pavillon.

Enfin, dans des cas très accentués et d'ailleurs très rares chez le nourrisson, la tuméfaction envahit les régions sous-maxillaires, gagne les régions cervicales, donnant à la face, par élargissement de la partie inférieure du visage un aspect piriforme ou proconsulaire. Au niveau de la tuméfaction la peau est luisante et tendue, parfois rosée, quelquefois violacée, rappelant la teinte érysipélateuse ; chez le nourrisson elle conserverait plus volontiers sa teinte normale.

BILATÉRALITÉ.

La tuméfaction parotidienne est le plus souvent bilatérale, mais c'est successivement que dans la plupart des cas les parotides se prennent à un ou deux jours d'intervalle.

Néanmoins les cas où les deux parotides sont prises d'emblée et simultanément ont été notés par Cadet de Gassicourt ; Rillet dit que l'on observe cette éventualité dans un tiers des cas.

Bouchut se plaisait à dire que « les ourles n'ont pas de singulier ». Trousseau professait la même opinion, mais nous savons bien aujourd'hui que cette formule est par trop absolue. Rilliet a rencontré l'oreillon unilatéral dans un dixième des cas qu'il a observés lors de l'épidémie de Genève de 1848-1849.

On cite même certaines épidémies où l'Oreillon fut beaucoup plus fréquent que les Oreillons.

Ribierre qui a eu l'occasion de se trouver en présence d'un cas d'Oreillon unilatéral, ne porta le diagnostic qu'au moment de l'apparition d'une orchite chez son malade.

Il va sans dire combien sera grande la difficulté si l'on se trouve en face d'un nourrisson présentant une fluxion unilatérale ; mais en période d'épidémie l'examen systématique de la cavité bucco-pharyngée guidera le médecin pour l'établissement de son diagnostic.

PALPATION.

Si nous pratiquons le palper de la tuméfaction parotidienne, nous constatons une sensation de mollesse accompagnée de résistance élastique, le doigt ne marque pas son empreinte, ne laisse pas le godet.

EVOLUTION.

Le gonflement parotidien atteint d'ordinaire son maximum au bout de 2 à 3 jours ; il reste stationnaire jusqu'au sixième jour où commence la régression ; vers le huitième jour il a très souvent disparu sans laisser de traces.

Quelques auteurs cependant ont noté le retour lent et progressif à l'état normal, vers le quatorzième jour seulement.

TUMÉFACTION DES AUTRES GLANDES SALIVAIRES.

L'atteinte des glandes sous-maxillaires est très fréquente et connue depuis longtemps ; généralement elle est consécutive à celle des parotides, plus rarement simultanée.

J. Bercher et Puig disent qu'elle la suit ou l'accompagne dans la moitié des cas.

Plus rarement le gonflement des sous maxillaires précède la participation des parotides.

Fabre, de Commeny, a vu sur 58 oreillons, 29 fois la participation des sous-maxillaires.

Catrin sur 137 oreillons a noté 71 fois la participation des sous-maxillaires.

Antony sur 42 oreillons, l'a relevée 15 fois.

Dans certaines épidémies, seules les glandes sous-maxillaires sont touchées ; Fabre l'a noté 7 fois, Wertheimer 4 fois et Vacher 3 fois.

SUB-LINGUALES.

On a vu parfois les oreillons se limiter aux seules sub-linguales ; Comby et Hénoch en ont observé chacun un cas.

Le petit volume de ces glandes, la difficulté de leur exploration suffisent sans doute à expliquer ces résultats, car cette exclusion semblerait tout au moins illogique.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux glandes lacrymales qui puissent être envahies, s'accompagnant parfois d'œdème palpébral avec exophtalmie et donnant à la face déjà déformée par les tuméfactions parotidiennes et sous-maxillaires un aspect bizarre et repoussant.

EXAMEN DE LA CAVITÉ BUCCALE.

Nous avons déjà signalé la rougeur de la cavité bucco-pharyngée à la période d'invasion, cette rougeur s'accroît nettement et prédomine au niveau de l'orifice du canal de Sténon qui, enflammé, tuméfié, fait saillie et donne la sensation d'une certaine induration avec teinte rouge vif de son centre.

L'angine ourlienne serait un symptôme habituel

des oreillons d'après R. Sassy (Thèse de Montpellier, 1909) ; elle est bénigne, apparaît en même temps que la fluxion ou la précède, disparaissant vers le cinquième ou sixième jour. Elle n'est pas toujours érythémateuse, elle peut être pultacée ou herpétique, mais ce n'est qu'exceptionnellement. On a vu aussi les amygdales rouges et tuméfiées. On remarque une certaine sécheresse de la bouche par diminution de la sécrétion salivaire.

Le cathétérisme du canal de Sténon, exploration à laquelle on ne recourt pour ainsi dire jamais chez le nourrisson, donne quelques renseignements sur la salive parotidienne au point de vue cytologique.

Dans un premier stade, on trouve des polynucléaires et des mononucléaires grands et moyens ; dans un deuxième stade, ce sont surtout des cellules fusiformes desquamées de l'épithélium de revêtement des canaux excréteurs.

A l'état normal on sait que la salive parotidienne ne contient aucun élément cellulaire.

Signes fonctionnels.

A cette période de l'existence l'interrogatoire des parents et l'examen de l'enfant montrent que l'enfant s'agite dans son berceau, tourne alternativement la tête tantôt à droite, tantôt à gauche, pousse de petits cris plaintifs donnant ainsi visiblement l'impression de souffrir. Si on recherche la douleur provoquée, on se rend compte de suite qu'elle est

exacerbée par la recrudescence des cris de l'enfant si l'on vient à presser en avant du conduit auditif externe. Mais c'est plus particulièrement au niveau des trois points classiques de Rilliet et Barthez qu'on l'observe, à savoir :

Au niveau de l'articulation temporo-maxillaire
— l'apophyse mastoïde
— la glande sous-maxillaire.

Signes [généraux.

Envahi par une maladie aiguë, l'organisme du nourrisson ne réagit pas comme un autre ; les réactions morbides sont intenses, diffuses, les septicémies sont fréquentes et graves.

Quelle que soit l'affection, son début est soudain, brutal, hyperthermique, les troubles nerveux sont intenses et les symptômes digestifs presque constants.

Après quelques jours, tout rentre dans l'ordre, la convalescence sera courte ; mais si la maladie ne doit pas guérir elle passe rapidement à l'état chronique ou encore très brusquement aussi l'enfant succombera.

Donc, en général, nous notons une température élevée dès le début oscillant entre 39, et 40° et pouvant se maintenir de deux à trois jours dans les formes légères et de quatre à six jours dans les formes moyennes puis revenant rapidement à la normale.

Les troubles digestifs sont très importants à noter chez le nourrisson, il perd l'appétit, refuse le sein ou le biberon, tant par l'atteinte de l'état général que par la douleur provoquée par les mouvements de succion. On observe presque toujours des vomissements et de la diarrhée. Mais ces troubles gastro-intestinaux ne sauraient aiguiller le diagnostic par eux-mêmes ; on sait combien ils sont banaux chez le nourrisson à l'occasion de la plus légère infection.

Examen du sang.

L'examen du sang décèlera une mononucléose très nette et viendra aussi confirmer que nous nous trouvons bien en présence d'une maladie générale.

Marche et terminaison.

La marche des Oreillons simples est en générale régulière et rapide ; après 12 à 24 heures de prodromes, apparaît la tuméfaction parotidienne d'un côté ; quelques heures ou quelques jours après l'autre côté se prend à son tour, puis la résolution ne tarde pas à se produire, la tuméfaction parotidienne commençant à régresser vers le sixième jour, pour disparaître vers le huitième ou neuvième jour, sans laisser de traces.

Il y a parfois des poussées successives ou même des rechutes séparées par des intervalles d'apyrexie complète qui peuvent prolonger la durée de la mala-

die jusqu'à quinze jours et plus ; Barthez et Sanné ont observé un intervalle de trois semaines entre deux rechutes successives.

Le plus souvent, la terminaison se fait progressivement et la température baisse en lysis, plus rarement la défervescence est brusque et s'accompagne de phénomènes critiques : sueurs profuses, diurèse et salivation abondante.

Dans l'immense majorité des cas les oreillons sont une affection essentiellement bénigne.

La surdi-mutité, les paralysies des nerfs rachidiens ou craniens, l'hémiplégie sont des séquelles fort heureusement très rares, mais qui doivent entrer en ligne de compte devant l'apparition des symptômes méningés.

OBSERVATIONS D'OREILLONS BANAUX DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

OBSERVATION I

Lors de la deuxième épidémie de Commeny en 1881 le Dr Paul Fabre relate dans la *Gazette Médicale de Paris* de 1887 un cas d'oreillons que nous rapportons intégralement :

Je mentionnerai parmi les cas d'oreillons de cette deuxième épidémie une observation de véritable kyste salivaire avec œdème de toute la moitié droite de la face.

Je crus à un abcès sous-muqueux siégeant à la joue ; il s'agissait d'un enfant de 6 mois.

Je fis une incision au niveau de l'arcade alvéolaire supérieure du côté droit, qui donna issue à un liquide séreux, transparent, ressemblant à de la salive.

Le lendemain l'œdème était disparu, mais la région parotidienne gauche était tuméfiée, ce qui posa le diagnostic d'oreillons.

OBSERVATION II

Dans le *Saint-Petersbourg Medizinische Wochenschrift* du 22 novembre 1908, Hollmann relate deux cas d'oreillons chez le nourrisson.

Le premier était un enfant de 9 mois qui avait contracté les oreillons par contamination familiale, la mère et des frères et sœurs en ayant été atteints contemporanément. La glande parotide droite fut seule atteinte et en dehors d'une légère élévation de température, il n'y eut rien de particulier à signaler.

Le deuxième cas se rapportait à une fillette âgée de 11 mois comme dans le cas précédent, la majorité de la famille avait contracté les oreillons et les deux parotides furent prises. La parotide gauche dut être incisée, s'étant mise à suppurer.

OBSERVATION III

Le Dr Generoso A. Schiavone rapporte dans *La Semana Medica* du 27 mars 1930 l'observation d'un nourrisson âgé de 25 jours qui fut atteint d'une parotidite épidémique.

Voici quelque peu résumée l'observation du Dr G. A. Schiavone :

R. J. Ch..., âgé de 25 jours. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Enfant né à terme le 25 juillet 1929. Allaité au sein. Le 19 août les parents remarquent une petite tuméfaction à la région parotidienne droite, cette tuméfaction augmente de volume en quelques heures, fait qui amène les parents à la consultation.

D'après les dires des parents, il y a trois jours le bébé aurait eu une légère augmentation de volume des deux testicules.

A l'examen on trouve un enfant de bonne constitution, en parfait état de nutrition.

L'inspection ne montre rien de particulier, sauf une tuméfaction grosse comme une noix siégeant à la région parotidienne droite au-dessous de l'articulation temporo-maxillaire et devant le pavillon de l'oreille. A la palpation la tuméfaction se montre pâteuse, mal délimitée, elle remonte vers le tragus et recouvre la branche montante du maxillaire. La peau à son niveau est normale. Les autres glandes salivaires ne paraissent pas atteintes. La langue est légèrement saburrale, on voit quelques exsudats de muguet à la langue et à la face interne des joues. L'orifice du canal de Sténon paraît normal des deux côtés. Sucction et déglutition normales. L'examen des divers organes ne montre rien d'anormal. Les selles sont dyspeptiques. Les organes génitaux sont normaux. La température varie de 38°,3 à 38°5.

Dans l'après-midi on voit apparaître une tuméfaction nette à la région parotidienne gauche. Le facies de l'enfant est bien celui d'un malade atteint de parotidite épidémique bilatérale. La température monte à 39°. La palpation des parotides semble être douloureuse. Les jours suivants le volume des parotides diminue, la température baisse.

Le 26 août on constate la saillie des orifices du canal de Sténon. Le 27 août on voit sous la muqueuse buccale à droite un petit cordon mince blanchâtre, la pression en fait écouler quelques gouttes de liquide épais, séreux qui viennent par l'orifice du canal de Sténon.

Le lendemain la pression sur l'orifice du canal de Sténon ne donne plus issue au liquide constaté la veille.

D'après les renseignements donnés par les parents, il n'y aurait eu ni dans la famille, ni dans l'entourage immédiat de l'enfant aucun malade suspect d'une parotidite épidémique.

D'autre part, le bébé ne sortant pas n'a pu être contaminé dehors.

Il s'agit dans ce cas, suivant l'auteur, d'un cas d'oreillons sporadiques.

LES FORMES CLINIQUES

Formes méningo-encéphaliques.

Les anciens auteurs n'avaient pas méconnu les accidents méningés et cérébraux apparaissant au cours des Oreillons ; Gailhard (1877) les avait même assimilés au Rhumatisme cérébral. Mais ils ne connaissaient et partant ne décrivaient guère que les formes graves se terminant le plus souvent par la mort.

La ponction lombaire dont Quincke a doté la Médecine nous a permis de déceler par l'étude du liquide céphalo-rachidien non seulement une irritation méningée latente mais encore de véritables méningites.

Les travaux de R. Monod chez l'enfant, dans le service du Professeur Hutinel, de Chauffard et Boidin chez l'adulte, puis dans la suite ceux de P. Teissier et H. Schaeffer ; enfin les observations cliniques successives de Dopter, Sicard, P. Nobécourt, V. Hutinel, P. Teissier, de Massary etc..., établirent la réalité de cette conception.

a) FORME ATTÉNUÉE OU FRUSTE.

Cette forme est de beaucoup la plus commune, il faut la rechercher systématiquement pour ne pas la méconnaître car les petits malades ne présentent aucun symptôme subjectif susceptible d'attirer l'attention de ce côté.

Nous nous trouvons en présence d'un nourrisson atteint d'Oreillons typiques, avec des localisations glandulaires habituelles et présentant les symptômes décrits à l'occasion de la forme banale.

Mais on peut noter même dans cette forme où les signes nerveux sont au minimum, deux symptômes particulièrement fréquents :

La céphalée qui se manifeste chez le nourrisson par des mouvements de la tête, des cris, de l'agitation, l'enfant porte souvent ses mains à la tête, il y a de l'insomnie.

A l'examen, on peut observer un autre signe très important quand on le constate : c'est la bradycardie, mais ce signe manque souvent chez le nourrisson.

Si nous pratiquions une ponction lombaire, l'examen du liquide céphalo-rachidien nous montrerait par l'existence d'une lymphocytose très nette, la participation des méninges au processus. Dans la pratique, cette épreuve n'est jamais employée par le médecin, mais seul le laboratoire est susceptible de nous révéler l'existence de cette forme. Cette constatation indique cependant la participation nor-

male du système nerveux dans toutes les formes d'Oreillons même bénins.

b) FORME FRANCHE.

Cette forme s'individualise plus fréquemment chez le nourrisson et l'enfant que chez l'adulte où elle coïncide souvent avec l'apparition d'une orchite; chez les premiers au contraire elle peut survenir dans les cas bénins.

Elle apparaît tantôt deux ou trois jours après le début des Oreillons, tantôt plus tardivement; de cinq à dix jours, alors même que la fluxion vient de disparaître.

Son début est brutal, marqué par une recrudescence très nette de la température qui atteint et même dépasse 40°.

On note tantôt de l'agitation et des convulsions, tantôt un semi-coma, voire-même, un coma complet.

Les symptômes méningés attirent aussitôt l'attention : vomissements, raideur de la nuque, signe de Kernig, réflexes fréquemment exagérés, inégalité, instabilité et ralentissement du pouls. La constipation chez le nourrisson paraît rarement observée dans les méningites ourliennes, mais son absence ne saurait écarter le diagnostic.

La durée oscille entre cinq et dix jours et la terminaison favorable est le plus ordinairement la règle; en effet malgré leur allure dramatique elles guérissent vite et sans laisser de traces.

La littérature, néanmoins, compte quelques cas de mort et aussi de séquelles, mais c'est l'exception.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Devant l'apparition de tout ce cortège de symptômes méningés au cours d'une atteinte d'Oreillons, on fut naturellement porté à pratiquer la ponction lombaire en vue de l'examen chimique et cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Depuis R. Monod chez les enfants, Chauffard et Boidin qui les premiers la pratiquèrent chez l'adulte, elle fut répétée un grand nombre de fois.

Le liquide céphalo-rachidien est clair, exceptionnellement opalescent (10 % des cas), sans coagulum fibrineux, il s'écoule en gouttes rapides, sa pression au manomètre de Claude est souvent légèrement supérieure à la normale.

Comme nous l'avons écrit plus haut, les auteurs qui étudièrent les premiers le liquide céphalo-rachidien au point de vue cytologique furent frappés par cette lymphocytose constante et qu'on retrouve régulièrement. Elle est en général d'intensité moyenne ou même faible, le Professeur Tailens de Lausanne a noté une fois 75 lymphocytes par mmc., elle peut être aussi très forte puisque Gasparis cite une observation où il aurait rencontré 15.000 globules blancs, les lymphocytes représentent l'immense majorité de ces éléments.

Il nous est impossible de ne pas faire remarquer à cette occasion, la concordance de cette lympho-

cytose du liquide céphalo-rachidien avec celle que l'on observe dans le sang.

Le dosage de l'albumine montre une légère augmentation du taux normal oscillant entre 0 gr. 30 et 0 gr. 50 par litre, donc beaucoup plus modérée que celle que l'on trouve dans les méningites tuberculeuses.

Nous trouvons dans la *Pediatrica pratica de Modena*, n° 29, septembre 1930, un entrefilet de P. Fornara où il relate, sans autres détails, un syndrome encéphalo-méningé apparu au cours des oreillons chez un enfant de 2 ans.

C) FORME A DEBUT MÉNINGÉ DITE PRIMITIVE.

Nous connaissons bien aujourd'hui cette forme, décrite pour la première fois chez les enfants par Hallé et Tixier, puis par H. R. Casparis et de Lavergne chez les adultes ; elle peut être également observée chez le nourrisson.

Le début en est en général brutal, une fièvre élevée ouvre la scène puis s'installent aussitôt les symptômes méningés.

En présence d'un tel tableau clinique, le médecin appelé songe instinctivement à une méningite tuberculeuse, bien que la soudaineté de l'attaque et beaucoup plus encore l'existence d'une épidémie d'Oreillons lui fournissent néanmoins l'occasion d'hésiter à porter le pronostic aussi fatal qui s'attache à un tel diagnostic. Mais aussi il faut savoir que devant la rareté de cette forme le praticien n'y

songe pas toujours, mais si, instruit par des précédents ou par les derniers travaux parus à ce sujet il pratique la ponction lombaire, il obtient un liquide clair, très rarement opalescent, s'écoulant en gouttes pressées et qui, examiné au microscope, nous montrera une lymphocytose variable et une absence complète de tout élément microbien que confirme la stérilité des cultures.

Si la ponction lombaire n'a pu être faite et que le diagnostic reste en suspens, on voit alors apparaître deux jours, parfois quatre jours après l'installation de ces symptômes méningés si inquiétants, la localisation ourlienne sur les glandes salivaires qui prend peu à peu toute son ampleur, alors que les signes de méningite s'estompent, puis disparaissent.

L'observation qui nous a été communiquée, grâce à l'obligeance du Professeur Nobécourt, rentre dans le cadre de ces formes à début méningé dont le diagnostic est particulièrement délicat les premiers jours.

C'est à la forme à début méningé dite primitive que nous rangerons le cas du petit malade dont l'observation a servi de point de départ à la rédaction de cette thèse.

Son histoire détaillée nous fera bien comprendre les hésitations par lesquelles passe le clinicien avant d'asseoir son diagnostic de façon correcte et sûre.

Le jeune Claude P..., né le 26 mai 1932, entre dans le service de la Clinique Médicale des Enfants du Professeur Nobécourt salle Husson, le 17 avril 1933, sur les conseils du médecin traitant qui avait porté le diagnostic de méningite.

Antécédents personnels. — Le jeune Claude P... est né prématurément à 7 mois, à la suite d'un accouchement en tous points normal ; aucune précision n'a pu être obtenue sur son poids à la naissance.

Nourri artificiellement au lait condensé, la croissance paraît s'être effectuée normalement, son poids augmentait régulièrement et il n'a jamais présenté de troubles digestifs. Sa première dent est apparue à l'âge de 6 mois.

Antécédents héréditaires. — Peu de renseignements à leur sujet ; les parents sont bien portants apparemment, la mère serait épileptique.

Antécédents collatéraux. — Claude P... est le dernier né d'une famille de 6 enfants. Les trois premiers, nés à terme, sont vivants et bien portants, les quatrième et cinquième, nés prématurément à 7 mois, comme notre petit malade, sont morts respectivement à 5 mois et à 15 mois de bacillose pulmonaire, aux dires de la mère.

Histoire de la maladie : le 14 avril 1933, l'enfant âgé de 10 mois 1/2, jusque-là bien portant, s'agite dans son berceau, se plaint, pousse des cris, la mère remarque que son enfant devient raide ; la fièvre s'allume et la température monte à 40°. Les symptômes persistant, un médecin est appelé qui l'adresse d'urgence à l'Hôpital des Enfants-Malades avec le diagnostic de méningite, où il arrive le 17 avril 1933.

Examen du petit malade à son entrée : il s'agit d'un enfant de 10 mois 1/2 pesant 6 kgr. 710 et mesurant 0 m. 655.

Les téguments paraissent normaux, on ne remarque aucune éruption à leur niveau ; le pannicule adipeux est bien conservé sur tout l'ensemble du corps.

Le squelette est normal, on ne décèle aucune déformation, aucun signe de rachitisme : pas de chapelet costal, pas de bourrelets sus-malléolaires. L'enfant est très agité, remue sans cesse, gémit, pleure et crie de façon presque ininterrompue.

En le palpant, on n'est pas sans remarquer une certaine tonicité de l'ensemble de tous les muscles ; le corps est dans la rectitude, présentant un véritable orthotonos. On note une raideur évidente de la nuque avec gêne très marquée de la flexion, s'accompagnant d'un signe de Kernig assez net.

L'enfant a présenté quelques vomissements, tant chez lui que le jour de son entrée mais n'ayant pas toutefois le caractère de vomissements en fusée ; la constipation s'est installée également.

Par ailleurs, l'examen des autres organes se révèle négatif : poumons et cœur, foie et rate paraissent normaux, tant à l'auscultation qu'à la palpation. La gorge est nettement rouge et aucun autre symptôme n'a attiré l'attention de l'observateur à cet égard. Aucun trouble oculaire n'a été remarqué : ni strabisme ni mydriase.

Les signes généraux nous montrent une température à 40°6 et un pouls très rapide mais qui n'a pas été compté.

Devant cet ensemble de symptômes, on pratique une ponction lombaire qui retire ce jour une très faible quantité de liquide céphalo-rachidien de couleur rosée et sous hypertension. Le Laboratoire consulté, répond à la date du 18 avril : Pas de pus. Pas de germes.

Le 18 avril les symptômes objectifs sont identiques, seule la température s'abaisse à 39° le matin et à 38° le soir. L'enfant est alors adressé au service d'Oto-Rhino-Laryngologie, et l'on constate que les tympans sont à surveiller des deux côtés, sans cependant que l'état des oreilles puisse expliquer l'atteinte générale. Le spécialiste ordonne des instillations de glycérine boratée pour les oreilles avec application de compresses chaudes et l'huile eucalyptolée dans les narines.

La cuti-réaction pratiquée dès son entrée, s'avère négative.

Le 19 avril, l'enfant s'agite violemment, pousse de petits cris plaintifs donnant très nettement l'impression de souffrir.

La contracture a nettement rétrocedé, la raideur de la nuque est moins nette, le signe de Kernig a disparu, cependant on remarque que les manipulations de l'examen le font se contracturer davantage.

Il garde une certaine tendance nauséuse, mais ce qui attire de suite l'attention et provoque la surprise, c'est l'apparition d'une volumineuse tuméfaction des régions parotidiennes et sous-maxillaires avec une forte prédominance du côté droit. La peau y est lisse, sa couleur est restée normale ; la palpation est nettement douloureuse car elle arrache des cris à l'enfant qui esquisse à cette occasion des gestes de défense. Cette douleur s'exagère à la pression au niveau de l'angle du maxillaire inférieur ; au niveau de la pointe de l'apophyse mastoïde et de l'articulation temporo-maxillaire, on n'observe pas cette recrudescence. La gorge est rouge, sale, l'orifice du canal de Sténon ne présente pas de turgescence et ne laisse rien sourdre. La température remonte à 39°1 le matin pour redescendre à 38° le soir.

Ce jour-là, par ailleurs, la mère de l'enfant prévient que ses

deux aînés viennent de présenter des signes indiscutables d'oreillons.

Devant ce renseignement de la plus grande importance et l'aspect clinique de notre petit malade, nous sommes conduits à porter pour lui de façon ferme le diagnostic d'oreillons.

Le 20 avril, on note les mêmes symptômes, la température se maintient entre 38°4 et 39°.

Le 21 avril, la tuméfaction persiste toujours, beaucoup plus accusée à droite.

Ce même jour est pratiquée une paracentèse droite; la température qui était de 39°2 le matin, tombe à 37°8 le soir.

Mais cette amélioration sera de courte durée, car dès le lendemain, 22 avril, la température remonte à 39°5 le soir pour atteindre 40° le 23 avril.

La contracture devient de plus en plus typique, l'agitation est intense et on remarque alors que l'enfant accomplit invariablement des mouvements stéréotypés de façon continue, prédominants au membre supérieur gauche.

Le 26 avril, on pratique une nouvelle ponction lombaire, il s'écoule un liquide nettement hypertendu et légèrement teinté en rose.

L'examen cytologique à la cellule de Nageotte y montre quelques hématies et surtout une lymphocytose marquée, on compte 32 lymphocytes par mmc. Au point de vue chimique, on note une augmentation du taux de l'albumine, qui s'élève à 0 gr. 60 par litre. La culture sur gélose-ascite reste négative et l'épreuve du Benjoin colloïdal est également négative.

La température continue à osciller entre 39° et 40° et on remarque que l'état s'aggrave.

Le 29 avril, au matin, s'installent des crises convulsives avec

prédominance du côté gauche, la température est à 39°5. On pratique à 6 heures du matin une nouvelle ponction lombaire, le liquide s'écoule goutte à goutte sans dénoter d'hypertension appréciable.

Enfin, à 10 heures du matin, ce même jour, l'enfant décédait.

Autopsie.— Nous en devons le protocole à l'extrême obligeance de M. J.-P. Brisset, Interne du Service du professeur Nobécourt.

Poumons. — A droite, plusieurs petits foyers de bacilliose pulmonaire disséminés dans les lobes supérieur et moyen.

A gauche : aucune lésion macroscopique.

Péricarde. — Léger épanchement jaune citrin. *Cœur*: normal. *Foie*: très augmenté de poids (235 gr.) avec conservation de l'aspect macroscopique normal. *Rate* normale. *Reins* congestifs. *Pancréas* congestif, il contient plusieurs gros noyaux indurés. *Testicules* non prélevés. *Cerveau*, on ne note pas d'excès de liquide céphalo-rachidien à l'ouverture mais le cerveau est extrêmement congestionné, parcouru par un lacs de grosses dilatactions veineuses. Au niveau du lobe temporal droit, existe un important foyer hémorragique, complètement déhiscent qui s'évacue spontanément en majeure partie dès qu'on tente de mobiliser le cerveau. Ce foyer qui laisse sourdre un liquide d'aspect puriforme était du volume d'une mandarine.

Il s'agit de toute évidence d'un gros foyer encéphalitique dont nous n'avons malheureusement pas encore fait pratiquer l'examen histologique et dont l'étiologie doit de façon évidente être liée aux oreillons que présentait notre petit malade.

Voici une autre observation rapportée par M. le Dr G. Carrière, agrégé, chargé de cours de Clinique

Médicale Infantile à Lille (*Bulletin Médical*, année 1902, n° 50).

Pierre X..., 10 mois, est né de parents bien portants et ne présente aucune tare héréditaire. Il a deux frères bien portants, il est né à terme après un accouchement facile, nourri au sein et n'a jamais été malade.

Le 6 janvier 1902, je suis appelé auprès de ce bébé qui est malade depuis la veille, il a refusé le sein, vomi toute la nuit et pousse de violents cris. Abondante transpiration, peau chaude et moite, facies et téguments normaux. La température est de 39°,2 et le pouls de 140 pulsations.

On note une langue saburrale, les gencives sont rouges et légèrement tuméfiées, amygdales, pharynx et luette sont rouges et vernissés. La dentition est normale et il n'y a pas de dents en imminence de percer. L'enfant refusait de prendre le sein, il avait vomi un peu de bile. Une seule selle glaireuse pendant 24 heures ; l'enfant a uriné normalement.

Je pensais à une angine légère ou à un début de fièvre éruptive ; le 6 janvier au soir le thermomètre accuse 39°6 et le pouls bat à 154.

A remarquer que vers 4 heures de l'après-midi la mère observa quelques légers mouvements convulsifs des membres supérieurs.

Le 7 janvier l'enfant qui a crié toute la nuit a le matin une température de 39° et le pouls à 148 pulsations. La bouche, les gencives, la gorge sont toujours enflammées, on remarque un coryza avec sécrétion jaune verdâtre abondante. On note de la raideur de la nuque et il semble y avoir du trismus. Je note l'effacement des sillons rétro-maxillaires par tuméfaction des régions parotidiennes ; à leur niveau la peau est normale mais chaude.

L'enfant ne peut rien avaler, crie sans cesse, mais n'a plus vomi et n'a pas été à la selle. J'ai noté quelques mouvements convulsifs des yeux et des membres supérieurs par petits accès de quelques secondes se reproduisant toutes les dix à douze minutes pendant ma visite. Les réflexes sont vifs, le signe de Kernig évident et les pupilles en mydriase. Je portai ce jour le diagnostic d'oreillons, bien que les phénomènes nerveux m'inquiétassent énormément. Revu le soir, son état était stationnaire.

Le 8 janvier, au matin la température est de 39°1 et le pouls à 144, l'enfant a crié toute la nuit. La tuméfaction parotidienne est un peu plus volumineuse que la veille. La douleur est vive à la pression, le trismus, la raideur de la nuque, le signe de Kernig persistent.

Le 9 janvier, l'enfant a beaucoup crié la nuit, la température est de 38°4 et le pouls à 140. Les signes nerveux sont sans variation, l'enfant refuse le sein.

Le 10 janvier, on note une amélioration très nette. L'enfant a dormi et n'a crié que trois fois pendant la nuit, la température est à 37°8 et le pouls à 128.

L'enfant a repris le sein, n'a pas vomi et a eu une selle, la tuméfaction parotidienne a diminué, le trismus et la contracture de la nuque ont disparu. Le 11 janvier l'amélioration continue, la fièvre est tombée, tous les autres symptômes nerveux ont disparu et la tuméfaction parotidienne a presque complètement regressé.

Le 12 janvier, l'enfant est guéri.

Nous trouvons confirmation de notre diagnostic dans l'apparition des oreillons chez les deux frères de notre petit malade.

L'ainé âgé de 8 ans fut pris d'oreillons classiques le 28 janvier avec apparition d'une orchite droite, soit 22 jours après.

Le second frère âgé de 6 ans fut atteint à son tour d'oreillons le 31 janvier, soit 25 jours après.

d) FORME MÉNINGÉE ISOLÉE DITE AUTONOME.

Il va sans dire que nous ne connaissons cette forme que par l'emploi systématique de la ponction lombaire puisque, au cours de son évolution, aucun symptôme objectif n'est assez apparent pour nous permettre de poser le diagnostic plus rassurant de méningite ourlienne.

Nous nous trouvons comme précédemment en face d'un petit malade qui brusquement et sans que l'entourage ait remarqué une modification bien nette de son habitus, est pris de convulsions avec fièvre élevée ou encore se trouve plongé dans un profond coma.

L'examen nous met en présence de symptômes méningés fort inquiétants et des plus nets, mais qui pendant toute la durée de l'évolution seront seuls observés. Toute autre manifestation ourlienne se trouvera absente du tableau clinique, en particulier les localisations sur les glandes parotides, sous-maxillaires, sub-linguales ainsi que sur les glandes génitales.

Là encore et beaucoup plus que dans la forme précédente où assez rapidement le gonflement parotidien, sous-maxillaire, l'apparition d'une orchite, vient redresser le diagnostic, nous ne pouvons nous

défendre de songer et même de porter celui de méningite tuberculeuse.

Après une durée de quatre à six jours, les symptômes s'effacent et le petit malade entre en convalescence.

Ce qui précède, nous fait comprendre la difficulté à porter un diagnostic exact et aussi un pronostic rassurant pour la famille ; seule l'existence d'une épidémie d'Oreillons en cours permettra d'établir un rapprochement.

Mais si nous pratiquons une ponction lombaire, alors là, le laboratoire viendra grandement au secours de la clinique car l'examen du liquide céphalo-rachidien par sa lymphocytose modérée, pure, son absence de germes et en particulier de bacilles de Koch, le résultat négatif de sa culture sur gélose-ascite nous permettra d'envisager ces phénomènes méningés avec optimisme, puisqu'en général ils rétrocedent sans laisser de traces.

Dans une observation de Wallgreen rapportée par R. J. Weissenbach et qui se trouvait en présence de cette forme, bien qu'il n'y eût aucune manifestation objective des glandes salivaires, un examen minutieux lui avait permis de constater de la rougeur à l'orifice du canal de Sténon et un réveil de la douleur aux points classiques de Rilliet et Barthéz ; dans d'autres cas ces signes feraient défaut.

M. G. Schreiber rapporte à la Société de Pédiatrie de Paris du 19 avril 1932, l'observation d'une forme méningée isolée,

dite autonome ; M. G. Schreiber a vu une fillette de 3 mois présenter des symptômes méningés sans parotidite, suivis dans la famille d'oreillons légitimes après trois semaines. Longtemps après, cette malade en contact avec des ourliens, n'a pas contracté la maladie : ces faits confirment l'existence de la méningite ourlienne autonome.

Pathogénie.

Nous voudrions à l'occasion de ces formes méningées ou plus exactement encéphalo-méningées, consacrer quelques lignes aux travaux récents ainsi qu'à la nouvelle conception qui en découle concernant la pathogénie des oreillons et que nous devons en grande partie à R. J. Weissenbach et A. Philibert.

Depuis Hippocrate, les oreillons étaient considérés comme une parotidite spécifique primitive, se compliquant ou non de localisations secondaires, dont la principale et la plus fréquente était l'orchite.

La vulgarisation de la ponction lombaire est venue modifier cette manière de voir et la présence d'une lymphocytose constante dans le liquide céphalo-rachidien révèle l'atteinte des méninges.

Mais l'observation de nombreux cas de paralysies, les uns anciens et qui n'avaient pas retenu suffisamment l'attention, les autres récents et mieux étudiés, ont éveillé l'idée d'une participation des centres nerveux.

Ces paralysies portaient non seulement sur les

nerfs craniens, mais encore sur les nerfs rachidiens, ainsi que sur les cellules du cortex.

A cette occasion nous nous permettrons de citer une observation d'un cas d'oreillons de la première enfance venant corroborer la localisation du virus ourlien sur la corticalité.

Nous la trouvons publiée dans le *Glasgow Med. Journal* de janvier 1906 par le Dr John Findlay sous ce titre : Hémiplégie infantile. Paralyse cérébrale aiguë, suite d'oreillons.

Une enfant née à terme, contracte à 25 mois les oreillons qui durent 14 jours. Quelques jours après, vomissements et diarrhée, convulsions localisées à gauche (face, bras, jambe) Perte complète de connaissance, secousses convulsives pendant 24 heures. On s'aperçoit alors que tout le côté gauche est paralysé.

Pendant près de trois semaines, une convulsion du côté gauche survient toutes les 3 heures, puis les crises cessent.

Au bout de 3 mois et 1/2 l'enfant peut marcher de nouveau mais le bras gauche reste paralysé. L'enfant, intelligente avant et après les convulsions, parlait très bien avant, depuis elle bredouille.

Pas de syphilis, ni de rhumatismes dans la famille.

Revue 3 ans après, à l'âge de 5 ans, le Dr Findlay note une démarche hémiplégique caractéristique, le pied et la jambe gauches sont livides et plus froids que du côté droit, de la rigidité de tout le membre inférieur gauche avec flexion du pied et des orteils.

Le pied gauche est plus petit que le droit et la circonférence

du mollet gauche plus petite que celle du mollet droit. Pas de différence appréciable au niveau des cuisses.

Raccourcissement de 25 millimètres du membre inférieur gauche. Le bras gauche est moins gros que le droit et très affaibli, il est froid et livide, la main est également plus petite que la main droite ; raccourcissement évident du bras gauche, le membre est contracturé en pronation avec flexion de l'avant-bras, du poignet et des doigts ; on triomphe difficilement de cette contracture.

Pas de paralysie faciale, pas de troubles sensoriels. Exagération du réflexe tendineux et réflexe d'extension des orteils à gauche.

Il est évident que cette enfant a eu à l'occasion des oreillons une encéphalite localisée à l'hémisphère droit et ayant laissé à sa suite une sclérose descendante du faisceau pyramidal.

Cette observation si intéressante et si démonstrative à une époque (1906) où l'attention des cliniciens était loin d'être attirée sur ces faits comme elle l'est surtout depuis la guerre, vient renforcer par ses conclusions la thèse aujourd'hui soutenue par A. Philibert et R. J. Weissenbach.

Par la suite, d'autres observations analogues ont été rapportées ; on a vu la localisation sur l'hémisphère gauche entraîner une hémiplegie droite avec aphasie ; on a noté une paraparésie des membres inférieurs avec anarthrie et agraphie ; une monoplegie du bras droit coïncidant avec une aphasie ; toutes localisations intéressant le cortex.

Les nerfs craniens ont prouvé leur atteinte par

l'apparition de paralysies faciales totales ou parcelaires, nucléaires, de paralysie du moteur oculaire externe, du moteur oculaire commun qui peut être totale ou partielle, en particulier la paralysie unilatérale de l'iris suivie de mydriase.

On connaît aussi la paralysie du nerf auditif si redoutable puisqu'elle entraîne parfois la surdité totale et définitive.

Quand l'attaque du nerf auditif se produit dans la Première Enfance, qu'elle est bilatérale, la surditité peut en être la triste conséquence.

La paralysie du nerf optique est plus rare, on a noté aussi des éruptions zostérimorphes du trijumeau, témoignant ainsi d'une irritation de ce nerf.

L'atteinte de la moelle épinière n'est pas rare et déjà on a décrit un certain nombre de poliomyélites : tétraplégie flasque, paralysie du plexus brachial, paralysie du plexus brachial avec irritation du faisceau pyramidal qui peuvent ou rétrocéder complètement ou laisser des atrophies musculaires analogues à celles de la paralysie infantile.

La participation des centres nerveux au processus ourlien s'affirme par des observations de plus en plus nombreuses et Dopter, il y a une trentaine d'années, avait déjà qualifié ces localisations de véritables encéphalites ou méningo-encéphalites ourliennes et il écrivait à ce propos (1905) qu'elles relèvent davantage d'une localisation sur les méninges que d'une complication véritable.

R. J. Weissenbach et A. Philibert se basant sur

des cas dûment constatés où l'encéphalo-méningite précède la parotidite et ceux où elle forme à elle seule toute la symptomatologie des oreillons, en conclurent que l'atteinte du système nerveux est primitive et que la réaction méningée n'en est que la conséquence.

Pour A. Philibert, les oreillons doivent être interprétés comme une encéphalite primitive dont la localisation secondaire se fait sur les parotides, les glandes salivaires, le testicule, le pancréas, parfois la glande lacrymale, les reins ; toutes ces localisations secondaires y compris la parotidite pourront même manquer.

Le syndrome humoral céphalo-rachidien et les signes cliniques méningés ne sont pas une manifestation primitive, mais une réaction secondaire à la localisation du virus ourlien sur le parenchyme cérébro-médullaire, sur les cellules nerveuses.

De ses études récentes sur les oreillons A. Philibert conclut que l'infection ourlienne est provoquée par un virus cytotrope neurotrope qui ayant pénétré l'organisme par une voie encore inconnue, peut-être la conjonctive, gagne électivement les centres nerveux, où il occasionne des lésions d'intensités variables, pouvant même aboutir à des paralysies définitives.

De ces centres nerveux, il serait éliminé par les glandes salivaires (peut-être en suivant la voie nerveuse centrifuge ?) provoquant ou non le gonflement, la destruction partielle de celles-ci, par le pan-

créas, passe dans les testicules qu'il détruit souvent, dans le rein, etc.

En résumé, pour A. Philibert, ce serait une névrite primitive à virus cytotrope et neurotrope, s'accompagnant de localisations secondaires sur les glandes salivaires, le pancréas et le testicule.

Telle est la pathogénie qui paraît prendre corps actuellement ; le virus ourlien, rappelant par son affinité pour les cellules nerveuses, le virus rabique et celui de l'encéphalite épidémique, auxquels on tente de l'apparenter aujourd'hui.

La nature filtrante et cultivable du virus ourlien a été affirmée successivement par Granata en 1908 sur le lapin, Gordon sur le singe, par Nicolle et Conseil en 1915 sur de jeunes macaques bonnets-chinois.

Enfin, Mlle Martha Wollstein, au cours d'expériences rigoureuses entreprises en 1916, parvint en inoculant l'eau de lavage de la bouche d'oreillards au chat, soit dans la parotide, soit dans les testicules, à obtenir après une incubation de 6 jours, un gonflement parfois bilatéral des parotides, durant 5 jours et disparaissant, une orchite durant 14 jours et disparaissant.

Cette expérience répétée avec le même liquide filtré, ne renfermant aucun germe visible ni cultivable donna les mêmes résultats. De chat à chat, Mlle Wollstein, au dépend de la parotide excisée obtint jusqu'à huit transmissions de la maladie.

De même, la salive des oreillards filtrée et inoculée

dans la cavité sous-arachnoidienne du chat, détermine une méningite clinique avec lymphocytose rachidienne, transmissible également et qui se termine par la guérison.

Ces accidents ne sont observés que sur la salive d'oreillards prélevée du premier au troisième jour de la maladie, après cette date l'expérience n'est plus concluante.

Nous ne voulons pas passer sous silence les recherches fort intéressantes et les nombreuses communications aux Sociétés Savantes qui s'en suivirent, de la part de M. Y. Kermorgant qui en fit d'ailleurs l'objet de sa thèse inaugurale (Paris, 1925).

Pour ce dernier, à la suite de travaux poursuivis à l'Institut Pasteur sur des singes (*Macacus sinicus*), l'agent causal des oreillons serait un spirochète qu'il retrouverait d'une façon constante dans les organes glandulaires et qu'il serait parvenu à cultiver. Poursuivant ses expériences avec ce même spirochète, Y. Kermorgant aurait décélé la présence d'une lysine et d'une agglutinine dans le sérum de malades guéris d'oreillons.

De même, la ponction lombaire pratiquée chez le singe infecté, aurait montré une lymphocytose très nette, ainsi qu'une forte hypertension du liquide céphalo-rachidien au manomètre de Claude.

Pour certains auteurs (Philibert, Weissenbach) cependant, il semble bien aujourd'hui que le spirochète de Kermorgant doive être mis au rang des nombreux spirochètes banaux qui pullulent dans la

cavité buccale sans y avoir le rôle spécifique que son auteur lui attribue.

Mais d'autres auteurs défendent ardemment le rôle pathogène du spirochète de Kermorgant.

Le Professeur J. Sabrazès de Bordeaux, dans un article tout récent de *La Médecine Pratique* paru le 20 avril 1933, lui reconnaît encore toute sa valeur étiologique et les travaux accomplis par lui, en collaboration avec M. Broustel sur ce spirochète et communiqués en 1927 à la Société de Biologie (tome XCVII, p. 860 et 863) confirmeraient pleinement ceux de M. Kermorgant.

J. Chalié et P. Girard, de Lyon, adoptant également cette étiologie, ont inspiré à leur élève Coze une thèse (Lyon, 1932) où la nature spirochétienne des oreillons leur semble désormais acquise.

Ils ont d'ailleurs confirmé cette opinion dans un article paru dans le n° 7 du *Lyon Médical* du 12 février 1933, concernant la prophylaxie et le traitement de l'orchite ourlienne par les arsénicaux.

Antérieurement à M. Kermorgant, tour à tour on avait incriminé les coccies et les bâtonnets décrits par Capitan et Charrin, les diplocoques de Laveran et Catrin, le streptocoque de Bein et Michaelis, le micrococoque de Tessier et Esmein, mais les inoculations faites sur les animaux par ces auteurs ne permettent pas de reconnaître à chacun de ces microbes quelque spécificité.

**Formes à localisations secondaires
ou prédominantes.**

(Glandes sous-maxillaires).

Nous avons vu précédemment que la localisation secondaire du virus ourlien sur les glandes salivaires pouvait débiter par les glandes sous-maxillaires, envahissant ensuite les parotides, les testicules, etc... mais pouvant être aussi la seule manifestation clinique d'une atteinte d'oreillons.

Les premières observations que nous rencontrons par ordre chronologique, se réfèrent à une épidémie d'Oreillons qui éclata à Commenlry (Allier) durant l'hiver 1875-1876. Plus de sept cents sujets furent atteints et seuls les vieillards furent épargnés.

Le Dr Paul Fabre de Commenlry, médecin des Mines, auquel nous empruntons les trois observations d'oreillons sous-maxillaires de la première enfance, publia une très importante documentation dans la *Gazette Médicale de Paris*, 1887.

OBSERVATION I

Le 23 août 1875, on m'appelait à 7 heures du matin auprès d'un enfant de 11 mois, premier né d'un entrepreneur de maçonnerie, gai la veille et bien portant et qui avait crié toute la nuit sans que le sein de la mère put arriver à calmer ses gémissements.

A la pointe du jour, la mère remarqua sous le menton un gon-

flement considérable. Les canines n'ont pas encore fait leur éruption, les gencives ne sont ni rouges ni tuméfiées; pas d'angine. La peau est d'un rose foncé, brillante, la région est douloureuse à la palpation.

Le lendemain le gonflement s'était étendu et occupait toute la région sous-maxillaire jusqu'au dessous des oreilles. La peau sous le menton était encore plus tendue que la veille, la rougeur plus vive et autour l'empatement était considérable mais sans fluctuation.

Le 25 août, la tuméfaction avait beaucoup diminué et la peau s'était assouplie.

Le 26 août, tout était disparu.

OBSERVATION II

(Publiée par le Dr Fabre dans la *Gazette Médicale de Paris* en 1887).

Le 6 septembre 1875, nous sommes appelé auprès d'un gros enfant de 2 ans et 1/2 qui crie terriblement depuis la veille au soir, son cou a gonflé subitement affirme la mère. La région sous-maxillaire est en effet excessivement tuméfiée, d'un rouge vif reluisant. La pression et la palpation augmentent les cris de l'enfant d'une façon très nette.

La tension et l'induration de la peau sont énormes. Pas d'angine, pas d'otite, ni impétigo ou eczéma de la face ou de la tête, la fièvre est modérée. Le 7 septembre, le gonflement et la douleur sont encore plus accusés.

Le 9 septembre, la gaieté est revenue, la rougeur disparue et le gonflement était beaucoup moins accusé.

La peau avait récupéré sa souplesse et la palpation ne provoquait plus de cris de la part de l'enfant.

Trois jours après, sa sœur aînée de 9 ans avait les oreillons, le lendemain un autre frère âgé de 7 ans également.

OBSERVATION III (de Paul Fabre).

Le 24 mars 1876, pendant la période d'épidémie, on apporte à ma consultation une fillette de 13 mois parce que, dit la mère, elle présente un abcès au cou.

La région sus-hyôïdienne toute entière est engorgée, la peau est rouge, tendue, luisante, la tête en extension absolue.

La palpation de la région malade arrache des cris à l'enfant, la température inguinale est de 38° 1. On remarque à l'arrière-gorge une légère rougeur diffuse ; les amygdales ne sont pas augmentées de volume, les gencives sont normales et la déglutition ne paraît pas gênée. Son frère âgé de quatre ans ayant eu les oreillons en ce même mois de mars, je pensai aussitôt à une atteinte des glandes sous-maxillaires comme j'en avais observé quelques mois auparavant.

Le 26 mars, on s'aperçoit que le gonflement s'est étendu depuis la veille au soir aux régions parotidiennes de deux côtés. La tuméfaction est plus accusée à droite qu'à gauche ; la température inguinale à 10 heures du matin est de 38°3.

Le 29 mars, on note une diminution très nette du gonflement tant au cou que dans les régions parotidiennes. L'enfant prend le sein avec plaisir et a recouvré sa gaieté, sa température est de 37°4.

Dix jours après, tout était rentré dans l'ordre quand je revis l'enfant.

OBSERVATION IV

(Publiée par le Dr V. Gauthier dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* du 15 février 1883).

Dans la famille X..., l'enfant H..., âgé de 4 ans, contracte le 4 juillet 1882 les oreillons; une épidémie régnant à l'école enfantine qu'il fréquente. La mère de cet enfant, âgée de 30 ans, accouche pour la deuxième fois le 23 juillet d'une fille pesant 3 kgr. 250.

L'enfant a pris le sein le 24 juillet à midi et toutes ses fonctions ont été normales.

Le 24 juillet, après-midi, la garde constate chez l'accouchée un gonflement douloureux de la région parotidienne droite.

Le 25 juillet, au matin, le gonflement de la parotide droite est extrêmement douloureux au toucher, la mastication est pénible, difficile, douloureuse. L'enfant est bien portant.

Le 26 juillet, accentuation du gonflement et de la douleur chez la mère. L'enfant est bien portant.

Le 27 juillet, teinte subictérique chez l'enfant qui néanmoins dort bien et tette bien.

Le 28 juillet, amélioration, quant à la mère, qui se continue le 29 juillet.

Le 2 août, tout rentre dans l'ordre chez la mère. A noter que le côté gauche n'a pas été atteint.

Le 5 août, on voit apparaître chez l'enfant une tuméfaction circonscrite au côté droit du cou à un centimètre à peine au-dessous du maxillaire inférieur : c'est une tumeur ovale d'avant en arrière, du volume de deux noisettes et comme divisée en deux lobes d'inégale grandeur, dépassant en avant le bord du sterno-

cléido-mastoïdien. La hauteur de la glande est à peu près de deux travers de doigt. La peau n'est ni rouge, ni luisante, la douleur à la pression modérée. L'enfant ne refuse pas le sein et ses évacuations sont normales; il crie et s'agite plus qu'à l'ordinaire, mais a cependant des moments de bon sommeil.

Les régions parotidiennes et péri-auriculaires n'offrent aucune tuméfaction. La peau est saine partout, le cuir chevelu et la bouche sont parfaitement normaux.

Les 6 et 7 août, même état; les 8 et 9 août, la tuméfaction occupe la même région, mais a subi une diminution de moitié environ. Le côté gauche du cou présente à cette date une enflure analogue mais beaucoup moins accentuée. L'enfant pèse 3 kgr. 830.

Le 12 août, on perçoit encore un léger gonflement sous-maxillaire à droite.

En résumé, nous avons observé dans cette famille :

1° L'atteinte du petit garçon de 4 ans, le 4 juillet 1882.

2° La mère de cet enfant accouchée le 23 juillet à 5 heures de l'après-midi, manifeste des prodromes dans la nuit du 23 au 24 juillet. Le 24 juillet, le gonflement parotidien apparaît moins de 24 heures après l'accouchement.

3° La petite fille nouvelle-née est atteinte de gonflement douloureux non de la parotide, mais de la sous-maxillaire droite le 5 août, soit 12 jours après le début chez la mère et 13 jours après la naissance.

Chez le frère, les oreillons ont duré 8 jours, chez la mère 10 et chez la nouvelle-née 7.

Chez la mère et le petit garçon, seule la parotide droite a été atteinte.

Chez la petite fille nouvelle-née, les deux glandes sous-maxillaires ont été prises, mais la gauche très légèrement.

Testicules.

L'atteinte des testicules chez l'adolescent et l'adulte au cours des oreillons est des plus fréquentes et a fait l'objet de nombreuses communications et parfois de discussions passionnées sur l'avenir génital de ces malades.

Nous savons qu'elle peut être la première manifestation des oreillons, mais, en général, elle survient 6 à 8 jours, parfois 12 jours, voire-même trois semaines après le début de la maladie.

La localisation testiculaire chez l'enfant est très rare, quelques cas isolés ont été observés au cours d'épidémies dans les lycées, collèges, mais les classiques ne mentionnent guère que l'observation de Cérenville se rapportant à un jeune garçon de 4 ans qui fut atteint d'orchite ourlienne.

Mais dans la Première Enfance, en raison du développement encore plus imparfait des glandes génitales, il est facile de deviner que la littérature ne nous livrera que fort exceptionnellement des observations. La première en date est relevée dans la *Gazette Médicale de Nantes*, (1907, p. 693) par le Dr Grognot.

A l'occasion d'une épidémie qui sévissait à Nantes et ses faubourgs dans les milieux civil et militaire, il fut appelé le 28 mars 1907, auprès du jeune Paul B... âgé de 25 mois. Après une

période prodromique marquée par des malaises et de la fièvre, il présentait ce jour, un gonflement sous-maxillaire gauche des plus caractéristique qui gagna quelques jours après la loge parotidienne du même côté.

Le 5 avril, après une recrudescence de la fièvre et l'envahissement de la région parotidienne droite, apparaît une douleur vive avec gonflement du testicule droit qu'il est appelé à constater.

La région parotidienne droite est moins atteinte que ne l'a été la gauche. La gorge ne présente rien d'anormal.

Les 29 et 30 avril, nous constatons outre l'orchite, une induration avec gonflement du cordon qui remontent le long du canal inguinal, paraît pénétrer jusqu'au ventre sous forme d'un boudin gros, douloureux et long de 2 cm. 5. A ce moment, l'aspect est celui que donnerait une hernie inguinale enflammée, une orchio-vaginalite épiploïte, mais à part la sensation du palper et la douleur vive au niveau du testicule et du cordon, il n'y a ni péritonisme, ni vomissements, ni constipation ; aucun des signes qui accompagnent un étranglement herniaire.

Le 1^{er} mai, la tumeur testiculaire est rouge, fluctuante à la partie antérieure du scrotum, modérément douloureuse, la température est de 37°5. Après désinfection de la peau et application d'une pointe de feu nous retirons environ une cuillerée de pus jaune bien lié, par aspiration dans deux pipettes qui sont remises au laboratoire.

Les jours suivants, la petite plaie guérit facilement sans écoulement de pus et sans fistule.

Le 10 mai, le testicule droit est encore plus gros que le gauche, mais l'induration et le gonflement du cordon ont diminué considérablement ; l'enfant peut marcher.

Le 27 mai, il n'y a plus trace d'inflammation et le testicule a repris son volume primitif. Nulle apparence de hernie pendant les cris ou les efforts.

OBSERVATION II

Elle est tirée du journal *Archivos espanoles de Pediatria* de janvier 1931, p. 53 et publiée par I. P. Garrahan et E. Muzio.

Il s'agit d'un prématuré pesant 2.000 gr. à sa naissance et dont on suspectait l'hérédo-syphilis d'origine maternelle.

Le 20 septembre 1930, à l'âge de 20 jours, sa mère l'amène à la consultation externe parce qu'elle a remarqué la veille un gonflement des côtés latéraux du cou, accompagné de fièvre. L'enfant pèse ce jour 2.800 gr.

A l'examen on constate que les régions parotidiennes sont tuméfiées, avec prédominance à droite et avançant presque jusqu'au thorax. La peau à ce niveau est infiltrée, rouge mais sans limites précises et plus chaude que le reste des téguments ; le scrotum est légèrement infiltré.

L'état général est bon, l'enfant tette bien et n'a pas de troubles gastro-intestinaux. La température rectale est de 39°4.

Le 21 septembre, la réaction inflammatoire de la peau avait nettement diminué, mais la tuméfaction à droite était encore très nette. La région scrotale était plus tuméfiée et indurée. L'état général est bon, poids stationnaire, température rectale 38°5.

Le 22 septembre, au troisième jour, l'amélioration est nette au niveau du cou, il n'y a plus qu'une légère infiltration du côté des

parotides. La température est de 38° et le poids stationnaire, toujours à 2.800 gr.

Le 25 septembre, on ramène l'enfant, sa température est à 37°9, l'état général est bon, son poids a diminué de 50 gr.

L'infiltration parotidienne a disparu presque totalement; celle du scrotum a diminué mais on remarque à ce niveau une escharre de 3 cm. de diamètre avec des bords rouges.

Le lendemain, l'enfant est admis à l'Hôpital des Enfants.

Nous n'avons pas pu découvrir de cas de parotidite épidémique dans l'entourage, cependant ce cas est nettement et sans discussion un cas d'oreillons.

L'enfant meurt, l'escharre qui s'est manifestée au scrotum est d'origine septicémique et cela a été fatal à ce prématuré âgé de peu de semaines.

De quoi peut-il s'agir dans ce cas, sinon d'une parotidite épidémique avec orchite ?

« La tuméfaction des parotides et des testicules s'accompagnant d'œdème et de rougeur de la peau n'est pas fréquente au cours des oreillons. On peut penser que c'est le mauvais état de l'enfant qui a déterminé ce processus suppuratif. La tuméfaction des bourses imputable à une orchite est rare avant l'adolescence et se présente en général au moment où s'améliore l'état des glandes salivaires.

« Dans les premières semaines de la vie et spécialement chez les prématurés, on observe avec une fréquence assez grande des processus suppuratifs au niveau des glandes salivaires. Finkelstein dans son traité, parle de ces processus et suppose l'infection

par voie ascendante venant de la bouche ; ces processus sont souvent très graves.

« Elizalde et Béranger se sont occupés aussi de ces mêmes processus qu'ils nomment : sialoadénite.

« Il ne semble pas que l'observation citée soit celle d'une sialoadénite, on peut bien affirmer qu'il s'agit d'une parotidite épidémique avec orchite. »

Ovaires.

Contrairement à l'orchite, l'ovarite au cours des oreillons se rencontre peu fréquemment, aussi bien à l'âge adulte que dans l'adolescence et l'enfance.

Nous avons eu la bonne fortune d'en voir rapporter un cas dans la « Correspondance médicale » du *Journal de Médecine et de Chirurgie* de l'année 1905, article 20.717, p. 363 et qui rentre dans le cadre de notre sujet.

Cette observation est due au Dr Rosselet d'Interlaken (Suisse).

Pendant une période d'épidémie, je fus appelé auprès d'un bébé de 16 mois.

L'enfant souffre depuis une dizaine de jours et est prise de convulsions nocturnes assez fréquentes. La tête a un aspect piri-forme caractéristique ; la région parotidienne est fortement tuméfiée également des deux côtés, ces régions sont rouges et douloureuses à la pression. La déglutition est difficile et le jeu de l'articulation temporo-maxillaire presque impossible.

De premier abord, étant donné l'âge de notre malade, j'eus un

peu de peine à m'arrêter au diagnostic d'oreillons, mais me trouvant en plein milieu épidémique et étant donné les anamnestiques et la marche de l'affection je m'arrêtai à cette conclusion et entrepris le traitement.

Le lendemain, les parents m'apprirent que leur enfant avait passé une fort mauvaise nuit et qu'elle paraissait souffrir surtout du ventre. Elle y portait en effet continuellement les mains et le plus léger attouchement provoquait des cris. L'abdomen était tendu et résistant, les régions hypogastriques étaient très sensibles. Je pratiquai le toucher rectal, une petite matrice très mobile se présenta et de chaque côté je constatai deux corps durs symétriques de la grosseur d'une fève, roulant sous le doigt, excessivement douloureux. J'avais évidemment affaire à un état inflammatoire des ovaires, à une véritable « ovarite ourlienne ».

Tous ces phénomènes aigus disparurent peu à peu, seule la région parotidienne gauche se mit à suppurer. Au bout d'un certain temps, notre malade guérit tout à fait et sans accidents consécutifs.

La Rédaction du *Journal de Médecine et de Chirurgie* fait suivre cette observation du commentaire suivant :

Le fait rapporté par notre confrère est si exceptionnel qu'il y a peut-être lieu de se demander en raison surtout de la suppuration d'une des parotides, si le diagnostic d'oreillons est absolument certain.

« Nous voyons en effet dans le *Manuel des Maladies de l'Enfance* de d'Espine et Picot, que seuls Gehrhardt et Gauthier ont signalé deux cas chez des nourris-

sons dont la mère était atteinte, et il ne semble pas d'après le traité de Grancher et Comby qu'on en ait vu d'autres avant 2 ans.

« D'autre part, si l'on a vu l'orchite une fois à quatre ans (de Cérenville) l'ovarite ne paraît pas avoir été observée plus tôt qu'à l'âge de 11 ans, cela dans un seul cas.

« Ce fait réunit donc trois exceptions particulièrement rares, l'âge du sujet, la complication ovarienne non encore signalée à cette période de la vie et la suppuration qui, on le sait, est si rare dans l'enfance que Rilliet et Barthéz ne l'ont jamais observée et que de bons auteurs ne l'admettent pas et supposent qu'en pareil cas il s'agit de parotidite vraie.

« Quoi qu'il en soit, le fait est intéressant en lui-même et mérite d'être signalé, ne fût-ce que pour attirer l'attention des observateurs sur des cas du même genre. »

Panoréas.

Nous savons bien aujourd'hui que la pancréatite ourlienne n'est pas exceptionnelle, de nombreux auteurs ont eu l'occasion de la rencontrer et de la décrire au cours d'épidémies d'oreillons.

Elle apparaît du troisième au sixième jour de la maladie, le plus souvent du quatrième au cinquième, se traduisant par des phénomènes fluxionnaires parfois extrêmement douloureux, mais passagers et sans gravité.

Le malade éprouve une douleur épigastrique parfois si violente qu'elle peut déterminer des lipothymies ou entraîner des syncopes et rendre la palpation impossible. En même temps apparaissent des nausées, suivies de vomissements abondants survenant par crises, vomissements aqueux et souvent bilieux et accompagnés tantôt d'une diarrhée séro-bilieuse, tantôt de constipation.

La palpation, quand elle est praticable, permet quelquefois de sentir une masse très douloureuse ne se mobilisant pas avec les mouvements respiratoires et rendant un son mat à la percussion.

Le facies est nettement grippé au moment des crises et la température se relève pour atteindre 39° et 40°. Il ne semble pas y avoir d'altération du pancréas, car la durée de ces phénomènes est courte et leur résolution complète.

Néanmoins, dans un cas où l'autopsie put être faite, on a vu le pancréas entouré de ganglions hypertrophiés. Il était œdématié et de couleur gris-rougeâtre. Les acinis étaient augmentés de volume, les îlots de Langherans comprimés, les éléments cellulaires dégénérés fixaient mal les colorants.

Cette localisation ne doit pas être méconnue en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle peut prêter ; ces symptômes en effet rappellent ceux de la péritonite ou d'un étranglement interne. Parfois la douleur irradiant dans le dos, simule la douleur en broche de l'ulcère de l'estomac.

Nous avons pu relever une atteinte du pancréas

chez un enfant de onze mois dans le journal italien *La Pediatria* de 1909, n° 9, page 674, due au Dr Finizio, de Bologne.

Un enfant âgé de onze mois contracte les oreillons. Après cinq jours pendant lesquels la parotidite avait évolué sans incidents, l'enfant est apporté par sa mère à la consultation hospitalière. Il se plaint continuellement en portant la main à son abdomen ; sa température prise au moment de l'observation est de 39°3.

A la palpation, on remarque que la région épigastrique est très douloureuse car cela provoque les cris du petit malade.

Les vomissements et la diarrhée accompagnent cet état douloureux avec fièvre. Les selles sont fétides, blanc-verdâtre et manifestement riches en graisses. Le petit malade est alors soumis à un repas d'épreuve imité de celui usité chez l'adulte et permettant d'étudier l'assimilation des albumines, des sucres et des graisses. Le résultat est qu'il existe un déficit modéré de l'absorption des hydrates de carbone, plus marqué pour les protéiques et considérable pour les graisses. En cinq semaines, par l'emploi du lait écrémé et de la pancréatine tous les accidents disparaissent.

D'après l'ensemble des signes présentés, on peut dans le cas présent porter avec une quasi-certitude le diagnostic de pancréatite. On sait que celle-ci depuis quelques années est considérée comme une localisation anormale des oreillons. C'est là une éventualité d'ailleurs assez rare.

Habituellement la pancréatite ourlienne se traduit par des douleurs épigastriques, des nausées, des vomissements et par une diarrhée séro-bilieuse dans la moitié des cas.

L'existence de stéatorrhée n'a pas toujours été signalée, c'est

un signe nouveau intéressant à ajouter à la symptomatologie encore fruste des pancréatites ourliennes.

Thymus.

Au même titre que les autres glandes, le thymus peut être touché mais dans des proportions infiniment moindres puisque cet organe transitoire est destiné à se transformer en tissu cellulo-adipeux. C'est donc dans la Première Enfance que son atteinte aura le maximum de chances d'être observée.

Malgré de longues et patientes recherches, nous n'avons pu identifier qu'un seul cas rapporté par le Professeur Hutinel dans son *Traité des Maladies des Enfants* et qui, observé par un auteur allemand Voit, fut d'ailleurs une trouvaille d'autopsie :

Chez un enfant de deux ans qui avait succombé au cours des oreillons, Voit trouva un thymus atteint d'inflammation aiguë.

Corps thyroïde.

La participation de la glande thyroïde a été observée chez les enfants. En dehors de son augmentation de volume appréciable, on aurait remarqué de la tachycardie et du tremblement.

Dans la Première Enfance, aucune observation n'a été rapportée signalant l'atteinte du corps thyroïde.

Glandes lacrymales.

La glande lacrymale aussi n'est pas exempte d'atteinte par le virus ourlien, mais là encore, comme pour le corps thyroïde, la littérature est muette en ce qui concerne la première enfance.

Glandes mammaires.

La mastite ourlienne est bien connue ; déjà Ternel en 1812 l'avait observé dans les deux sexes, Trousseau en a décrit plusieurs exemples dans une épidémie qui sévissait dans un pensionnat de demoiselles.

Les seins sont douloureux, sans qu'on puisse véritablement parler de fluxion mammaire, puis rapidement la douleur cesse.

Lors d'une épidémie qui éclata à Arras, Rizet l'observa trois fois chez des jeunes garçons et une fois chez une petite fille de 5 ans.

Dans la première enfance, l'atteinte des glandes mammaires n'a pas encore été sinon observée, du moins décrite.

Glandes surrénales.

Comme dans toutes les maladies infectieuses, on peut voir survenir l'insuffisance surrénale dans les Oreillons.

Rapidement on remarque une très grande faiblesse, un refroidissement marqué et persistant principalement des extrémités. Le pouls est normal comme fréquence, mais faible et dépressif, la tension artérielle est nettement abaissée. Tous ces phénomènes sont accompagnés de vomissements répétés et d'une violente céphalée.

La cortico-surrénale peut aussi manifester son atteinte par le virus ourlien.

M. Lesné et ses collaborateurs, Mlle Dreyfus-Sée et J. A. Lièvre ont observé un cas très net d'hirsutisme, survenu un mois après une atteinte d'Oreillons et que la radiothérapie a grandement amélioré.

Là encore, nous n'avons pu trouver aucune observation se rapportant à la Première Enfance.

Reins.

La fréquence de la néphrite ourlienne n'est pas considérable, mais se rapproche par beaucoup de côtés de celle de la scarlatine tout en restant infiniment plus rare.

Elle présente l'allure d'une véritable néphrite aiguë infectieuse mais avec des degrés d'intensité variables. Le plus souvent bénigne, elle se manifeste par une albuminurie légère qui cède en quelques jours après la chute de la température. On l'a vue aussi survenir une ou deux semaines après la disparition de la fluxion parotidienne et cesser rapidement au bout de six à huit jours. Certains auteurs

ont noté la persistance de l'albuminurie pendant plus de trois semaines (de Bruin), deux mois, (Cro-ner) deux ans (Gaucher).

Dans certaines épidémies, l'albuminurie s'accompagne d'anasarque, de présence de cylindres granuleux et épithéliaux, d'hématurie et même d'anurie avec son aboutissant extrême l'urémie. Cette néphrite ourlienne se manifeste beaucoup plus rarement chez les enfants que chez les adultes.

Dans la première enfance, Voit signale un cas de néphrite hémorragique se terminant par la mort chez une fillette de 2 ans.

Nous avons pu retenir une observation de néphrite ourlienne hémorragique chez un nourrisson de 7 mois, publiée par M. Jelski dans les *Archiv. für Kinderheilkunde* de 1908, p. 184.

Un nourrisson de 7 mois, convalescent de broncho-pneumonie, contracte les oreillons dont trois de ses frères venaient d'être atteints. L'affection prend une allure plutôt sérieuse ; température élevée et salivation énorme ; mais au bout de neuf jours l'amélioration est telle qu'on permet à l'enfant de sortir. Deux jours après la fièvre se rallume et atteint 40°, en même temps que l'urine devient hémorragique. Son examen montre à côté d'une grande quantité d'albumine, la présence d'hématies, de cylindres, de cellules, etc...

L'examen des organes reste négatif. Rien dans la gorge. Malgré le traitement par la quinine et les bains l'état ne se modifie pas et l'enfant meurt au bout de 4 jours.

L'observation fait ressortir ce fait que les Oreil-

lons très légers chez le premier enfant, ont pris une allure plus grave chez le deuxième, plus grave encore chez le troisième et déterminèrent la mort chez le quatrième...

Appareil respiratoire.

On a remarqué la coïncidence des Oreillons avec des bronchites, des pneumonies, des pleurésies. Ce sont là des complications accidentelles et dues à des microbes associés, principalement le pneumocoque qui verrait sa virulence renforcée du fait de l'infection ourlienne ; pour d'autres elle jouerait le rôle de maladie favorisante en plaçant l'organisme en état de moindre résistance.

L'œdème de la glotte qui met à son actif plusieurs cas terminés par la mort, peut être consécutif à une néphrite ourlienne comme il peut être dû à un œdème inflammatoire par propagation.

Appareil circulatoire.

Son atteinte est exceptionnelle surtout dans la première enfance où aucun document n'en porte témoignage.

Quelques auteurs ont signalé l'atteinte du péricarde (péricardite sèche) et de l'endocarde (lésions mitrales et aortiques). Ces dernières coïncidant parfois avec des complications articulaires peuvent guérir en quelques jours sans laisser aucun ves-

tige ou encore, mais plus rarement, devenir chroniques.

Rhumatisme ourlien.

On le voit apparaître assez tardivement, pendant la convalescence, déjà Trousseau l'avait observé et avait établi un rapprochement avec le rhumatisme scarlatin.

Il prend tantôt la forme arthralgique, se manifestant principalement au niveau des grosses articulations, le genou de préférence : ce sont des phénomènes douloureux portant non seulement sur la jointure elle-même, mais encore au niveau des bourses séreuses, des gaines tendineuses, des muscles, tantôt la forme d'une véritable arthrite avec gonflement et épanchement synovial.

Ce rhumatisme est presque toujours apyrétique et évolue constamment vers la guérison.

Accompagnant ces arthropathies quelquefois, divers auteurs ont signalé la présence de l'érythème ortié et divers érythèmes scarlatiniformes, morbilliformes et purpuriques.

Adénopathies.

La tuméfaction des ganglions lymphatiques voisins des glandes salivaires malades est parfois appréciable, mais de façon fort modérée. Chez les enfants scrofuleux, ils persistent longtemps après

la maladie au niveau des régions préauriculaires, angulo-maxillaires et sous-maxillaires.

Complications secondaires.

ERYSIPÈLE CONSÉCUTIF AUX OREILLONS.

Il est universellement admis que les organes touchés par le virus ourlien ne suppurent jamais, mais cela ne saurait les mettre à l'abri d'infections secondaires par les microbes pyogènes.

Tour à tour on a vu la parotide, le testicule et même l'épididyme suppurer à la suite d'une atteinte d'oreillons, mais de façon exceptionnelle.

Nous rapportons dans une observation due au Dr Charles Baum, M. D. publiée dans *The Philadelphia Polyclinic* du 5 février 1898, p. 63, un cas d'érysipèle consécutif aux oreillons chez un enfant de quatre semaines et ainsi conçue :

En dehors de la diphtérie, la coqueluche et la variole, les maladies infectieuses se développent rarement chez les nourrissons. Le 27 décembre 1897, je fus appelé auprès de J. M..., enfant du sexe masculin âgé de 4 semaines. Depuis sa naissance jusqu'à il y a 24 heures, il était en parfaite santé.

L'attaque d'oreillons commença par de l'agitation, des vomissements et de la fièvre, quand nous le vîmes le lendemain la parotide était enflée et la peau à ce niveau légèrement rouge. Le soir du troisième jour se produisit une métastase au niveau des testicules, la fièvre augmente et la prostration était intense. Le

scrotum était enflé d'environ trois fois son volume normal, il était mou et donnait l'apparence d'avoir été macéré, mais ne présentait aucune rougeur.

Bientôt le gonflement des deux parotides disparaît, l'enfant prit le sein régulièrement et commença à montrer de la vigueur.

Pendant les trois premiers jours, l'enfant gémissait et criait fréquemment, maintenant il est tranquille et ne pousse des cris que si on le mobilisait.

Le soir du cinquième jour il devient pâle-terreux, vomit très souvent son corps était froid, puis la fièvre s'alluma et l'on vit apparaître sous l'œil gauche une plaque rouge foncé, tendue, qui gagna rapidement la tête, mais ne s'étendant pas au-dessous de la bouche et respectant la région occipitale.

En quelques heures l'érysipèle gagne la paroi abdominale, le pénis, le scrotum et la face interne des deux cuisses.

Le pénis et le scrotum sont augmentés d'environ quatre fois leur volume normal et présentent une coloration rouge-brun. Les veines étaient gonflées et semblaient prêtes à se rompre en deux places différentes.

Un cathéter flexible n° 6, de l'échelle française fut passé dans l'urètre et la vessie fut trouvée vide ; on n'aperçut nulle trace d'urine sur les draps.

La mort survint dans l'après-midi du troisième jour qui suivit l'apparition de l'érysipèle, juste 7 jours après le début des oreillons.

SUPPURATION DES GLANDES SALIVAIRES.

Elle a été fort rarement observée et l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître qu'elle est le fait d'une infection secondaire.

S. A. Wahl a communiqué dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine de Cleveland* (Pediatric section) du 7 mars 1927, une observation d'abcès de la parotide consécutif aux oreillons.

Chez un enfant de 20 mois qui avait été 18 jours auparavant en contact avec des oreillons, on remarqua 15 jours après le gonflement initial, une fluctuation très nette de la parotide droite. Quand la glande fut incisée, il sortit du pus en abondance, accompagné de gaz.

Il y a désaccord dans la littérature selon lequel la suppuration de la parotide est toujours une vraie complication des oreillons ou bien aurait une étiologie entièrement différente.

Oreillons congénitaux.

Nous avons précédemment insisté dans les quelques lignes consacrées à l'immunologie sur ce fait que, le nouveau-né apportait à sa naissance une immunité relative quant aux maladies infectieuses et contagieuses, immunité d'origine maternelle, transmise par la voie placentaire et s'atténuant avec l'âge.

Par la même voie, la mère atteinte d'une de ces mêmes maladies pendant la gestation ou à l'approche de la délivrance, peut contaminer son enfant *in utéro* ou le mettre au monde porteur soit le jour même, soit à une date extrêmement précoce, en tout cas bien inférieure à la période minima d'incubation, de sa propre infection.

Le professeur V. Hutinel, dans une leçon clinique publiée dans le *Bulletin Médical* du 29 octobre 1910, relate l'observation suivante :

Mari âgé de 25 ans contracte les oreillons qui se compliquent d'orchite, sa femme enceinte de 4 mois à ce moment, est prise à son tour trois semaines plus tard.

Pendant plusieurs semaines les battements du cœur et les mouvements de l'enfant furent si faibles qu'on se demanda souvent s'il naîtrait vivant. Il vint au monde à terme, petit et peu développé, quelques mois après on observait de la raideur des muscles. Aujourd'hui c'est un enfant arriéré qui a souffert de l'infection maternelle et qui peut-être a été infecté lui-même.

Parmi les cas d'oreillons observés dès la naissance, tous les classiques rapportent l'observation du Dr Human C. D., parue dans le *American Journal of Med. scienc.* tome XXIX, p. 56 année, 1855 (Philad.)

Une femme âgée de 45 ans fut prise d'oreillons au huitième mois de sa grossesse ; elle accoucha avant terme et l'enfant le lendemain de sa naissance présentait du gonflement de la région parotidienne gauche et criait dès qu'il ouvrait la bouche. La tuméfaction augmenta pendant deux jours, puis disparut par la suite.

Dangaix, observa un cas semblable en tous points, un enfant né d'une mère atteinte d'oreillons pré-

senta le jour même de sa naissance la même maladie.

Enfin une troisième observation fut publiée par le Dr Henton White dans le *Brit. med. Journal* du 21 juin 1902 et que nous rapportons :

Une dame âgée de 24 ans qui n'avait jamais eu les oreillons prenait le lit et mettait au monde son premier enfant, le 17 mars 1902.

C'était un garçon bien constitué et tout alla bien jusqu'au 23 mars où l'on aperçut un gonflement sous-maxillaire droit très marqué chez le bébé. Le lendemain, la mère se plaignait d'une tuméfaction douloureuse de sa glande sous-maxillaire gauche et sa température dépassait 39°. La parotide droite de l'enfant fut envahie le second jour et les tétées devinrent difficiles. Le diagnostic d'oreillons fut d'autant plus aisé à faire qu'il existait dans la même rue de nombreux cas de cette affection. La mère eut un cas sévère, l'enfant se rétablit graduellement, les glandes étant redevenues normales en trois semaines, rien du côté des testicules.

L'enfant a dû être infecté dans le sein de sa mère car les 6 jours qui séparent la naissance du début de la maladie ne sont pas suffisants pour l'incubation. Pour nous, il s'agit de contagion intra-utérine.

Récidives.

Une première atteinte d'oreillons confère l'immunité, mais ne saurait être définitive car bien des exceptions ont été enregistrées.

Ce sont surtout les médecins militaires qui ont

eut l'occasion de le constater ; il nous souvient au cours d'une épidémie d'oreillons qui sévissait au 56^e R. I. de Châlon-sur-Saône où nous accomplissions notre service militaire, avoir obtenu à cet égard des précisions tant des malades que de leur propre famille sur la réalité de cette seconde atteinte.

Catrin fixe le chiffre des récidives à 6 %, aujourd'hui on le trouve quelque peu élevé.

Au cours de cette dernière guerre, bien que l'on eut dépisté de véritables simulateurs d'oreillons, la conviction de la récurrence se confirma.

Bien mieux, chez les Annamites venus en France à cette même occasion, certains auteurs signalèrent une prédisposition à la récurrence, puisque la littérature publiée à cet effet, signale des Annamites contractant des oreillons, les uns pour la troisième fois, les autres pour la quatrième fois, en spécifiant qu'il ne s'agissait pas de rechutes.

Rommel mentionne dans le *Pflanders Handbuch* le cas d'un garçon de 11 ans qui a souffert 5 fois de parotidite épidémique.

Dauchez avait formulé l'hypothèse que l'immunité conférée par une première atteinte n'était bien définitive, que si le malade avait été infecté avant la puberté.

Nous avons vu les cas nombreux de récidives chez les militaires qui viennent l'infirmier ; mais dans la Première Enfance cette récurrence a été aussi observée.

OBSERVATION I

J. F. Friedjung dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde* de 1913 p. 197, publie un article intitulé : *Une seconde attaque d'oreillons.*

Un garçon âgé de 15 mois $1/2$, en même temps que son frère âgé de 10 ans et sa sœur âgée de 8 ans a une attaque d'oreillons en juin 1913. La parotide droite fut prise la première, ensuite la gauche.

La convalescence fut longue, une température sub-fébrile persista tout l'été. En octobre 1913, l'enfant eut une autre attaque d'oreillons, la parotide droite étant seule intéressée. Le frère et la sœur furent indemnes.

La rareté des récidives est affirmée par Widowitz qui sur 395 cas d'oreillons ne l'a jamais observée.

OBSERVATION II

Nous relevons dans les *Archives de Médecine des Enfants* de 1927, p. 726, une communication de Th. Reh, de Genève et intitulée : *A propos de deux cas de récurrence de maladies infectieuses immunisantes. Scarlatine récidivante. Oreillons récidivants...* et dont nous extrayons les lignes suivantes en rapport avec le sujet qui nous occupe.

En décembre 1917, au cours d'une épidémie d'oreillons, nous eûmes à traiter pour cette affection la petite P... âgée de 4 ans $1/2$ qui fut atteinte d'une façon particulièrement intense. Elle contagiona son frère âgé seulement de 1 an $1/2$.

L'affection évolua chez les deux avec sa symptomatologie typique et sans complications.

Or en avril 1924, lors d'une petite épidémie de quartier, nous fûmes rappelé par la même famille.

Le petit P... âgé maintenant de 8 ans 1/2, présentait de la fièvre depuis la veille et en même temps était apparu le gonflement de la parotide gauche.

A l'examen, rien de particulier du côté des oreilles, ni des dents, tuméfaction de la région parotidienne gauche avec congestion de l'orifice du canal de Sténon, trismus léger, température à 39°.

Deux jours plus tard, alors que la tuméfaction parotidienne gauche était en régression, reprise de la température et tuméfaction parotidienne droite. Par la suite, retour presque à l'état normal avec chute de la température. Guérison sans complication au dixième jour.

La sœur obligée de continuer à partager la chambre de son frère malade reste indemne.

Le cas présente de l'intérêt soit à cause de l'âge auquel fut atteint le jeune P..., soit du fait que la récurrence se produit chez lui seul, bien qu'il fut en rapport constant avec sa sœur.

Il n'avait en effet que 18 mois lorsqu'il contracta les oreillons pour la première fois, or les oreillons sont très rares dans le premier âge et l'on pourrait admettre que c'est à cause de ce jeune âge que la première atteinte créa chez l'enfant P... une immunité moins durable que celle conférée à sa sœur, son aînée de 3 ans.

La rareté des récurrences des oreillons, leur bénignité relative chez le jeune enfant, le peu de complica-

tions qu'ils entraînent, incitent le Professeur P. Lereboullet dans un article du *Concours Médical*, du 29 juin 1924 à ne pas trop chercher à éviter les Oreillons à cet âge et à ne pas fuir délibérément la contagion.

Hudelo soutient la même opinion.

Cette attaque, conférant l'immunité dans l'immense majorité des cas, serait beaucoup moins préjudiciable que pendant l'adolescence et l'âge adulte en raison des fréquentes localisations testiculaires observées à ces périodes de l'existence et des séquelles qui parfois en résultent.

Mais nous venons de constater par la lecture des deux précédentes observations, que cette immunité peut être de courte durée dans certains cas particuliers et le bénéfice retiré d'une contagion sinon volontaire du moins non évitée apparaît précaire, sous la réserve toutefois de diagnostics correctement établis.

La fréquence relative et la gravité reconnue des formes encéphalo-méningées dans le jeune âge, apparaissent également comme une contre-indication à cette opinion.

DIAGNOSTIC

La rareté des oreillons au cours de la Première Enfance sera déjà suffisante à elle seule à faire errer le diagnostic ; le praticien ayant très rarement l'occasion au cours d'une carrière parfois longue de le porter.

Nous avons aussi noté que la conformation un peu spéciale de la tête du nourrisson pourrait laisser passer certains oreillons à tuméfaction peu accentuée.

Aux divers stades de son évolution, le diagnostic des oreillons au cours de la Première Enfance se posera et aura des interprétations diverses.

Phase prodromique.

Le diagnostic n'est généralement pas fait à cette période de la maladie et l'on est plus volontiers tenté de rapporter les malaises observés à des accidents de la dentition, des troubles gastro-intestinaux ou à un début de fièvre éruptive.

Mais en période d'épidémie devant un enfant déjà fébrile, gémissant plus qu'à l'ordinaire, refusant le

sein et présentant quelques vomissements, l'examen bucco-pharyngé s'imposera tout naturellement.

Très souvent on notera une rougeur marquée de la bouche et de la gorge, de la turgescence de l'orifice du canal de Sténon et la constatation de la douleur provoquée aux points classiques de Rilliet et Barthez viendra fortifier, voire même établir le diagnostic.

Période d'état.

Devant la tuméfaction, toute hésitation est levée au moins dans la forme régulière des oreillons, cependant cette tuméfaction peut être simulée par diverses affections soit de ces mêmes glandes, soit des ganglions de la région.

A cette époque de la vie, nous ne saurions retenir la fluxion dentaire.

Le furoncle du conduit auditif externe pourrait prêter à confusion, mais sera vite éliminé après un examen attentif.

On remarquera son unilatéralité, la saillie sera plus superficielle, plus limitée.

L'érysipèle de la face débutant par la région parotidienne se différenciera par une rougeur plus accentuée, la présence du bourrelet périphérique et sa marche centrifuge.

Enfin, l'adénite cervicale qui est souvent volumineuse, surtout si elle s'accompagne de périadénite ; mais à l'inverse de la parotidite épidémique on note

ultérieurement de la rougeur de la peau, de la douleur particulièrement intense et vive à la pression et un acheminement vers la suppuration.

Les grosses adénopathies angulo-maxillaires de la diphtérie et de la scarlatine maligne seront éliminées par un examen soigneux de la gorge.

La parotidite étant reconnue, il nous faudra ensuite préciser s'il s'agit bien d'une parotidite épidémique.

Parotidites infectieuses.

Nous devons éliminer celles qui sont nettement secondaires à une maladie en cours comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole.

Mais nous nous trouvons aussi en présence d'une parotidite aiguë primitive souvent en relation avec une stomatite méconnue, mais qu'un examen minutieux de la bouche permettra de dépister.

Dans ce cas, on ne saurait faire état de l'unilatéralité qui n'est pas toujours constante, mais la tendance à la suppuration sera un bon signe de différenciation.

Nous ne saurions faire état des parotidites toxiques à cette époque de l'existence, sans omettre toutefois que l'iode et le mercure pouvant être administrés, sont susceptibles de provoquer des parotidites toxiques comme on l'a reconnu également pour le plomb et la morphine.

Localisations anormales.

(Oreillons sous-maxillaires).

Leur brusque apparition, leur bilatéralité, leur consistance plus molle, leur courte durée seront suffisantes pour éliminer l'adénite sous-maxillaire et le phlegmon sus-thyroïdien.

Oreillons sub-lingaux.

Aucune observation probante n'a témoigné de cette localisation dans la Première Enfance. Leur siège spécial pourrait les faire confondre avec une grenouillette aiguë ou un phlegmon sus-hyoïdien.

Orchite ourlienne.

Se présente très rarement de façon primitive dans la Première Enfance mais la fluxion parotidienne peut passer inaperçue, alors le diagnostic sera très délicat, la notion d'épidémie servira puissamment à étayer le diagnostic.

Formes encéphalo-méningées.

Lorsque les signes encéphalo-méningés accompagnent ou suivent la fluxion parotidienne, il n'y

aura pas de difficulté ; de même si ces symptômes d'abord primitifs sont suivis ultérieurement d'une localisation glandulaire.

Mais lorsqu'on se trouve en présence d'une forme encéphalo-méningée primitive autonome l'embarras sera grand même en période épidémique.

On songera par ordre de fréquence à la méningite tuberculeuse, syphilitique, cérébro-spinale ainsi qu'à la poliomyélite.

Parfois la cessation rapide de tous ces symptômes les fera rapporter aux épisodes encéphalo-méningés curables des Oreillons, surtout en cours d'épidémie et faute de critère bactériologique ou humoral cette brusque terminaison par la guérison, qui semble calquée sur les formes cliniques suivies d'Oreillons, inclinera vers ce dernier diagnostic.

Mais il va sans dire que seule la ponction lombaire viendra au secours du diagnostic en pareille occurrence.

L'examen physique du liquide céphalo-rachidien ne sera pas d'un grand secours, mais les examens chimiques, cytologiques et bactériologiques assureront le diagnostic.

Point de vue chimique : On remarquera une augmentation modérée du taux de l'albumine, une légère hyperglycorrachie et une diminution du taux des chlorures.

Le microscope nous montrera une hypercytose

constante où la mononucléose sera tantôt absolue, tantôt extrêmement prédominante.

On remarque l'absence totale d'hématies et de cellules atypiques. La recherche des microbes est toujours négative et les cultures du liquide céphalo-rachidien restent stériles.

MORTALITÉ. PRONOSTIC

Les Oreillons de la Première Enfance ne comportent pas la plupart du temps un pronostic particulièrement grave. A cet égard, ils se rapprochent de ceux des adolescents et des adultes ; certains auteurs pensent même qu'ils sont beaucoup plus bénins. La mortalité des oreillons, d'après une statistique danoise, est à peine de 3 à 6 sur 60.000 cas.

Nous avons vu néanmoins le jeune nourrisson dont l'observation fait l'objet de cette thèse, succomber à 11 mois d'encéphalo-méningite ourlienne.

Nous avons rapporté un cas de néphrite hémorragique chez un enfant de 7 mois, qui entraîna la mort ; de même Voit signale un cas de mort à la suite d'oreillons chez un enfant de ans, sans autres précisions.

Nous relevons également un cas de mort à la suite d'un érysipèle consécutif aux oreillons.

Mais ce que nous savons aujourd'hui de la pathogénie des Oreillons et de la localisation du virus ourlien au niveau de l'axe cérébro-spinal nous explique les séquelles particulièrement graves, mais heureusement fort rares, que l'on a pu constater à la suite de l'atteinte de cette maladie.

Nous rappellerons l'hémiplégie citée plus haut, les paralysies à type infantile, les atrophies musculaires, enfin l'atteinte du nerf acoustique pouvant entraîner à cet âge une surdi-mutité définitive.

Luis Morquio, de Montevideo, a publié dans la *Revue sud-américaine de Médecine et de Chirurgie* de mars 1931, quatre cas de méningite tuberculeuse ayant succédé aux Oreillons et qui fut prouvée soit par l'autopsie, soit par l'inoculation et la cuti-réaction.

C'est donc une éventualité à redouter plus particulièrement chez les porteurs d'Oreillons de la Première Enfance.

Les cas d'Oreillons congénitaux se sont terminés favorablement mais nous ne pouvons passer sous silence l'observation de V. Hutinel, citée plus haut, dans laquelle il a relaté les séquelles présentées à sa naissance par un nouveau-né dont la mère avait contracté les Oreillons près du cinquième mois de sa gestation.

TRAITEMENT

A. — Prophylactique.

Les Oreillons se transmettent presque exclusivement par contact direct et le plus ordinairement à la fin de la période d'incubation, ce qui rend naturellement difficile les mesures de préservation.

Aussi quand on s'aperçoit dans une collectivité qu'un sujet a les Oreillons, il a eu habituellement le temps de contaminer ses voisins.

Néanmoins nous devons isoler notre petit malade dans une chambre chaude et bien aérée, pendant une durée classiquement admise de 3 semaines à dater de l'apparition des premiers symptômes.

En dehors des Oreillons congénitaux, un des éléments de contagion le plus important, est formé par les frères et sœurs ; nous leur interdirons donc l'accès des Ecoles durant une période que le Professeur Nobécourt et G. Schreiber ont fixé à 24 jours à dater du jour de l'isolement du jeune patient.

Viennent ensuite le père et la mère ainsi que les personnes de l'entourage direct ayant vécu à son contact et qui seront l'objet de mesures de désinfection des voies aériennes supérieures, car nous con-

naissions aujourd'hui des cas d'oreillons extrêmement frustes restant à l'état de malade larvée, ou n'existant que pendant quelques heures ; ces sujets, en apparence sains, peuvent être contagieux.

Le lavage de bouche, les gargarismes, les instillations d'antiseptiques légers dans les narines quotidiennement répétés leur seront ordonnés.

Il ne sera pas inutile après guérison de pratiquer la désinfection des vêtements ainsi que de la literie ayant servi à notre petit malade.

SÉROPROPHYLAXIE.

La longueur des épidémies d'Oreillons qui est en raison directe de la longue durée d'incubation, si bien qu'une épidémie peut se prolonger couramment de 4 à 6 mois, la gêne qu'elles apportent au cours des études (licenciement) à la Caserne dans l'entraînement des jeunes soldats, ont incité les médecins, surtout depuis la guerre, à rechercher un traitement prophylactique des Oreillons.

A cet égard MM. de Lavergne et Florentin, le Professeur Teissier ont eu l'idée de pratiquer l'injection de sérum de convalescent aux personnes susceptibles d'être contagionnées ; dans la suite MM. Debré et Joannon ont également préconisé cette méthode.

Cette séroprophylaxie a eu d'heureux résultats à l'occasion d'une épidémie d'oreillons survenue dans un pensionnat de jeunes filles âgées de 6 à 18 ans, où en un mois, 37 cas se déclarèrent.

L'approche des examens et la proximité des vacances décidèrent les familles et la Direction à écouter les suggestions du D^r Cambessèdes et à accepter la séroprophylaxie ; en une séance, 21 jeunes filles reçoivent de 10 à 20 cmc. de sérum de convalescent, ce seront celles placées au voisinage immédiat des malades. Un contingent un peu plus élevé en sera dispensé et servira de contrôle. Aucun cas d'Oreillons n'a été observé parmi les jeunes filles sérothérisées, alors que 4 cas surviennent parmi les autres.

Nous avons donc maintenant à notre disposition une méthode relativement efficace nous permettant d'enrayer une épidémie à son début.

Si nous pouvons nous procurer des sérums de stocks conservés en approvisionnement, nous injecterons 10 à 20 cmc. de sérum par voie sous-cutanée et aussitôt que possible, aux voisins directs des dortoirs ou de chambrée. Ce sera aux environs du du seizième jour de la maladie que nous prélèverons du sérum à nos malades pour l'injecter aux voisins, si nous n'en possédons pas au préalable, pouvant ainsi espérer arrêter une extension ultérieure toujours possible.

Y. Kermorgant admettant la nature spirochétienne des Oreillons avait été naturellement conduit à préconiser les arsénicaux à titre préventif et son choix s'était porté sur l'emploi du Stovarsol par voie buccale.

Cette médication prophylactique a été particu-

lièrement employée dans les milieux militaires, entre les mains de Zoeller qui en a fait l'objet d'une communication. Cette méthode n'apparaît pas douée d'une grande efficacité et son usage est devenu des plus restreints.

B. — Traitement curatif

Jusqu'ici nous ne disposons d'aucun traitement spécifique en présence d'Oreillons nettement confirmés ; en cette occurrence nous en sommes donc réduits à employer le traitement ordinaire des maladies infectieuses de l'enfance, lequel s'adresse plus volontiers aux symptômes présentés durant l'évolution de la maladie.

FORME FRANCHE.

Dans cette forme où l'on rencontre des troubles gastro-intestinaux de façon constante, nous diminuerons notablement l'alimentation pendant la période fébrile ; de même la constipation sera surveillée et combattue. Le nez, la gorge, les oreilles seront l'objet de mesures de désinfection avec des antiseptiques légers, qui devront être renouvelées plusieurs fois par jour.

Nous lutterons contre l'hyperthermie par des enveloppements humides frais appliqués toutes les trois heures.

Nous ne manquerons pas aussi de surveiller le cœur de notre petit malade, et si besoin est, la prescrip-

tion d'un toni-cardiaque viendra lutter contre sa défaillance.

FORMES MÉNINGO-ENCÉPHALIQUES.

Au traitement précédent viendront s'ajouter pour combattre l'agitation et les convulsions des bains chaud et la prise de Gardénal.

La ponction lombaire qui sera pratiquée dans un but diagnostique deviendra un moyen thérapeutique en cas de phénomènes d'hypertension intracranienne. et pourra donc être renouvelée le cas échéant.

FORMES COMPLIQUÉES.

Nous avons vu plus haut qu'à côté des formes méningo-encéphaliques bien que plus fréquentes à cette période de l'existence pouvaient se rencontrer des localisations diverses du virus ourlien et les oreillons présenter alors divers symptômes subjectifs directement en rapport avec cette spécialisation

ORCHITE.

Dès son apparition, les testicules seront recouverts d'un enveloppement ouaté et les bourses reposent sur une planchette ou une feuille de carton doublée d'ouate.

Cataplasme chauds, des enveloppements laudanisés au besoin seront appliqués sur les bourses.

Salvaneschi avait préconisé pendant la guerre (1917) les injections de sérum antidiphtérique pour

lutter contre l'apparition de l'orchite chez les porteurs d'Oreillons ; Cette méthode qui eut son succès de nouveauté est abandonnée aujourd'hui. Carrieu de Montpellier qui fit des recherches en série observa qu'il y a plutôt moins d'orchites chez les enfants non traités par le sérum antidiphthérique que chez ceux qui en ont reçu.

Bien mieux, Blechmann, puis le professeur Lereboullet incriminent le sérum comme fauteur d'orchite sérique et en contre-indiquent l'emploi.

PANCRÉATITE.

Cette forme alarmante par l'intensité de ses phénomènes douloureux et ses vomissements, mais qui rétrocede assez rapidement bénéficiera de l'application de compresses chaudes laudanisées ou non au niveau de l'épigastre.

Les autres complications (ovarite, néphrite etc...) étant exceptionnelle nous n'insisterons pas sur leur traitement propre.

TRAITEMENT PAR LES SÉRUMS.

a) *Sérum antidiphthérique.* — Nous venons de parler de la méthode préventive des orchites par le sérum antidiphthérique ; des auteurs français : H. Mallié (Angoulême), Bronnamour et son élève Bardin, Des Cilleuls, Le Guelinel de Lignerolles étudièrent son action à titre curatif et lui reconnurent quelque mérite. Par la suite cette efficacité fut mise en doute

si bien qu'aujourd'hui l'emploi du sérum antidiphthérique à titre curatif est complètement abandonné.

b) *Sérum de cheval*. — Des Cilleuls et Le Guélinel de Lignerolles l'expérimentèrent également et obtinrent les mêmes résultats qu'avec le sérum antidiphthérique. Médication non employée aujourd'hui.

c) *Sérum de convalescent*. — S'il a le mérite d'une efficacité réelle au point de vue prophylactique son emploi dans les formes déclarées n'a pas confirmé l'espoir que l'on avait eu tout d'abord.

En effet, il ne semble diminuer ni l'intensité, ni la durée des manifestations de la maladie ourlienne.

TRAITEMENT PAR LES ARSÉNICAUX.

Dès que Y. Kermorgant eut décrit son spirochète et étudié ses caractéristiques, il préconisa aussitôt, par association d'idées, l'usage des arsénicaux dans le traitement des oreillons.

Tout à tour furent employés : 606, 914, Sulfarsénol, Acétylarsan, Stovarsol *per os* sans que leur efficacité fut pleinement reconnue ; néanmoins nous avons vu le professeur Sabrazès, J. Chalier et P. Girard de Lyon continuer cette médication et la recommander, dans différentes publications, au Corps Médical.

CONCLUSIONS

I. — D'après les quelques pages que nous venons de consacrer aux Oreillons de la Première Enfance nous constatons effectivement leur rareté à cette période de la vie (1 pour 300 d'après Ringberg) mais non leur inexistence.

II. — Nous l'expliquons dans l'état actuel de la Science par l'immunité conférée à l'enfant par la mère.

III. — Nous savons aujourd'hui que cette immunité n'est que relative et quand elle existe, nous observons que son action protectrice opère en raison inverse de l'âge.

Biologiquement cette dégradation de l'immunité avec l'âge a été vérifiée par la réaction de Shick en ce qui concerne la scarlatine.

IV. — Nous n'avons rencontré aucun cas d'association morbide alors que la morbidité a été relevée parfois chez l'adolescent et l'adulte en ce qui concerne la rougeole, la scarlatine ou la variole ; plus rarement la diphtérie ou la méningite cérébro-spinale.

V. — Nous avons vu que les Oreillons de la Pre-

mière Enfance ne se présentent pas différemment de ceux des enfants plus âgés. Notons toutefois la difficulté à préciser le diagnostic dans les formes légères, en raison de l'aspect spécial que présente la tête des nourrissons et en l'absence de ponction lombaire qu'on ne pratique jamais dans ces formes, surtout en clientèle de ville.

VI. — Des localisations sur les glandes génitales ont été observées même à cet âge pré-pubertaire, ce qui postulerait les injections de sérum de convalescent à titre prophylactique, comme chez l'adulte et en raison des séquelles observées.

VII. — Nous retrouvons également dans la Première Enfance toutes les autres localisations du virus ourlien sur les appareils glandulaires qui ont été décrites chez l'adolescent et l'adulte.

VIII. — Nous sommes frappés par la présence des formes cliniques méningo-encéphaliques en raison sans doute de la fragilité du tissu nerveux à cette époque de l'existence.

IX. — Alors qu'elles guérissent dans l'immense majorité des cas sans laisser de traces chez l'adulte, ces formes méningo-encéphaliques se révèlent plus graves au cours de la Première Enfance et les séquelles définitives par atteinte de la corticalité, de la moelle ou des nerfs rachidiens se rencontreront plus fréquemment.

X. — Notons en outre l'absence de toutes complications broncho-pulmonaires alors que dans la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, la scarlatine ces complications sont si souvent rencontrées dans la Première Enfance, venant assombrir le pronostic propre de ces affections.

XI. — Traitement :

a) *Prophylactique*. — Isolement et désinfection pratiqués suivant la méthode commune à toutes les maladies infectieuses de l'enfance.

Nous insisterons sur l'intérêt de la séroprophylaxie qui, pratiquée assez précocement, peut enrayer l'évolution des oreillons et prévenir leur apparition.

b) *Curatif*. — Il n'existe aucun mode de traitement spécifique; le sérum de convalescent est inactif à cette période et les Arsénicaux semblent bien partager cette carence.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,

NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Acker (G.-N.).* — Oreillons compliqués de Méningite (American Journal of Diseases of Children, 1913).
- Orchite et Néphrite dans les oreillons (American Journal of Observation, septembre 1899).
- Apert.* — Zona prémonitoire d'oreillons (Société de Pédiatrie, 18 juin 1907).
- Auriat (G.).* — Nouvelles recherches expérimentales sur les oreillons (Gazette hebdom. de méd. Bordeaux, 26 juin 1921, p. 303-304).
- Babonneix.* — A propos de la communication de M. Lesné sur un cas d'encéphalite léthargique ou parotidite aiguë (Bullet. et Mém. S. M. H. de Paris, 11 juin 1921, page 801).
- Barach (M.-J.-H.).* — Morphologie du sang dans les oreillons (Archiv. of int. med., 1913, XII, 6).
- Barbier (H.).* — Oreillons, Coqueluche, Grippe, Erysipèle, 1 vol., 1921.
- Bardachxi (F.) et Barabas (Z.).* — Observations sur la parotidite épidémique (Müncher med. Wochens., LXVII, 13 février 1920, p. 185).
- Bardin (S.).* — De l'emploi du sérum antidiphthérique dans le traitement des oreillons. Thèse Montpellier, 1920.
- Barthez et Rilliet.* — Maladies des Enfants, 2 vol., 1861.
- Bathiat.* — Contribution à l'étude de l'orchite ourlienne sans manifestations parotidiennes. Thèse Paris, 1918.

Baum (Ch.). — Oreillons suivis d'érysipèle chez un enfant de quatre semaines (The Philadelphia Polyclinic, 5 février 1898, p. 63).

Barnewitz (J.). — Epidémiologie de la parotidite épidémique (Zeitschrift für Hyg., CIII, 1924, p. 704-721).

Bedigsfield. — A case of Mumps-encephalitis (The Lancet, 26 mars 1927).

Bénard (R.). La réaction du Benjoin colloïdal dans les Méningites des Maladies Infectieuses : rubéole et oreillons (C. R. Soc. Biologie, 22 octobre 1921, p. 712-713).

— Orchites ourliennes et atrophie testiculaire (Gazette des Hôpitaux, novembre 1921, n° 86).

— Le réflexe oculo-cardiaque dans les oreillons (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, 27 avril 1923).

— Méningite ourlienne et spirochète de Kermorgant (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, 17 juin 1927, p. 918-920).

Benham. — Oreillons avec signes cérébraux et température élevée (The Lancet, janvier 1897).

Bercher (J.) et *Puig (J.)*. — Les oreillons sous-maxillaires (Revue Médicale Universelle, n° 6, juillet 1926, p. 9).

Beutter. — Un cas de Péritonite ourlienne (Loire Médicale, Saint-Etienne, 1920, p. 145-148).

Bezanson (F.) et *Philibert (A.)*. — Maladies Infectieuses, tome II, p. 294.

Blanchard (Alf.). — Atrophie double de la papille consécutive aux oreillons (Bulletin Médical, 1899).

Bonaba. — Réaction meningea clinica y citologica en los paperas (Arch. latin-amer. de Pediatría, mars-avril 1919).

Bonnamour (J.) et *Bardin (J.)*. — Le sérum antidiphthérique dans le traitement des oreillons comme préventif de l'orchite ourlienne : Paris Médical, 22 décembre 1920, p. 927 ;
— Traitement des oreillons par le sérum antidiphthérique (Paris Médical, 1921).

Bottaliga. — Parotite epidemica ad inisio meningitico (Il Polyclinica, n° 10, 1933, p. 372).

Bouchut (E.). — Traité pratique des Maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la Seconde Enfance.

— Des oreillons (Gazette des Hôpitaux, 1853).

Boulanger-Pillet. — Deux observations de méningite ourlienne primitive (Bull. Société de Pédiatrie du 19 avril 1932, p. 262).

Bouteiller (L.). — Note au sujet du traitement des oreillons et de la prophylaxie de l'orchite ourlienne par la sérothérapie antidiphthérique (Archives Méd. et Pharm. navales, CXII, juillet-août 1922, pages 293-296).

Bouteillier. — Des oreillons et de leur métastase chez la femme. Thèse Paris, 1868.

Cambessèdes (H.). — Prévention des oreillons par le sérum de convalescents (La Pratique Médicale Française, octobre 1926).

— L'emploi du sérum de convalescents dans les oreillons (Annales d'Hygiène n° 2, 1933, p. 83).

Capitan (L.). Quelques observations sur les oreillons (Bullet. Acad. Méd., 3^e série, t. LXXX, 3 septembre 1918, p. 197-201).

Carrière (G.). — Sur un cas d'oreillons chez un nourrisson (Bulletin Médical, 1902, n° 50).

Carrieu. — Valeur de la méthode de Salvaneschi, dans la prophylaxie des orchites ourliennes (Presse Médicale, 1922, p. 292).

Casparis (H.-R.). — Cerebral complications in Mumps (American Journal of Diseases of Children, septembre 1919).

Catrin. — Les oreillons et leurs complications (Gazette des Hôpitaux, 29 juin 1895).

Cauchois. — Insuffisance surrénale et oreillons (Revue Médicale de Normandie, n° 2, 1912).

- Chalier (J.) et Girard (P.).* — Prophylaxie et Traitement de l'orchite ourlienne par l'acétylarsan (Lyon Médical, n° 7, 12 février 1933).
- Challamel.* — Contribution au traitement prophylactique des oreillons (Société de Thérapeutique, 11 avril 1923 ; Presse Médicale, 23 mai 1923).
- Chauffard.* — Complications nerveuses des oreillons (Jour. de Méd. int., 1907, p. 193-206).
- Chauffard et Boidin.* — Deux cas de méningite lymphocytiq. dans les oreillons (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, 25 mars 1904 et 6 mai 1904).
- Chauvin.* — De l'épididymite ourlienne : Thèse Paris, 1900.
- Cheinisse.* — Sérum antidiphthérique dans le traitement des oreillons (Presse Médicale, 1921, p. 666).
- Cheyne (J.-H.).* — De l'ovarite ourlienne. Thèse Bordeaux, 1906.
- Cheyne (J.-E.).* — Contribution à l'étude de quelques complications rares des oreillons. Thèse Lyon, 1919.
- des Cilleuls et Lignerolles (G. de).* — Au sujet de l'emploi du sérum antidiphthérique dans le traitement des oreillons (Soc. Méd. Franç., 19 mai 1921, p. 173-178).
- Chomel.* — Observations d'oreillons avec métastase (Gazette des Hôpitaux, 1836).
- Collein (S.-D.).* — Fréquence de certaines maladies contagieuses communes chez les enfants, dans les dernières années. Existence de la rougeole, de la coqueluche, des oreillons, de la varicelle, de la scarlatine et de la diphtérie chez les enfants des écoles dans différentes localités des Etats-Unis (Public. Health Reports, XXXIX, 27 juin 1924, p. 1553-1567).
- Colliac (A.).* — Contribution à l'étude de l'orchite ourlienne primitive et importance diagnostique des réactions méningées. Thèse Toulouse, 1920.
- Comby (J.).* — Traité des Maladies de l'Enfance.

- Les oreillons (Archives de Médecine des Enfants, 1905).
- Pathogénie des oreillons (Archives de Médecine des Enfants, octobre 1932)
- Coulomb et Mercier (Mary)*. — Méninigisme ourlien (Bull. et Mém. S. M. H. Paris, 23 février 1912).
- Couronne*. — Oreillons et diabète. Thèse Paris, 1927.
- Cowie (D.-M.)*. — The duct. sign in Mumps (The British Journal of children diseases, 1921, p. 102).
- Coze (B.)*. — Du traitement préventif et curatif des oreillons par l'Acétylsarsan. Thèse Lyon, 1932.
- Cripp*. — Rapports de l'ovaire et de la parotidite (The Lancet, 1886).
- Damade*. — Oreillons et accidents digestifs (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 17 juin 1926).
- Darré*. — Méninigte primitive dans les oreillons (Revue internat. de Path. et de Thérap., juin 1930, p. 623-634).
- Debré (R.)*. — Prophylaxie des oreillons (Journal de Médecine Française, décembre 1923).
- Debré (R.) et Joannon (P.)*. — Quelques notions fondamentales sur la prophylaxie de la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, les oreillons (Journal de Médecine Française, XII, décembre 1923, p. 483-490).
- Deflandre (P.)*. — La méninigte ourlienne. Thèse Lille, 1921.
- Delater*. — Les lésions histologiques des glandes salivaires dans les oreillons (Annales de Médecine, n° 6, juin 1922).
- Denéchau*. — Pseudo-oreillons. A propos de trois observations (Paris Médical, 8 mars 1919, p. 208-210).
- Donnelly (J.) and Oldham*. — Mumps and appendicitis (Brit. Med. Journ., n° 3764, 1933, p. 98).
- Dopter*. — Méninigte lymphocytiqne ourlienne avec atteinte du trijumeau et zona d'une de ses branches (Progrès Médical, 1908, p. 101).
- La méninigte ourlienne (Paris Médical, 1911, p. 35).

— Les oreillons : art. dans collection Sergent.

Ducamp, de Claret (B.) et Falgairolle (P.). — La transfusion du sang de convalescent dans les oreillons avec orchite (Bull. Soc. des Sc. Méd. et Biol. Montpellier, juillet 1926, p. 467-474).

Dumitriesco (T.), Jonnesco (C.), Schidier (S.). — Parotidite épidémique avec méningite et orchite concomitantes (Bull. et Mém. S. M. H. Paris, n° 12, 1932, p. 479).

Duprat. — Méningitis urleana en in nino (Revue Médicale de l'Uruguay, 1915).

Esquier et Fréjapon. — L'infection ourlienne et la chimiothérapie arsenicale (Soc. de Méd. Milit. Française, VI et VII, 1928, p. 129).

Esquier et Protteaux. — Méningite ourlienne primitive (Bull. et Mém. S. M. H. Paris, n° 27, 1930, p. 1507).

D'Espine et Picot. — Manuel Pratique des Maladies de l'Enfance, 1884.

Etienne et Gerbaut. — Polynévrites ourliennes (Revue Médicale de l'Est, 1930, p. 562).

Ewart. — Oreillons avec gonflement marqué de la rate (Harveian Society of London, 2 février 1895).

Fabre (P.). — Notes sur trois épidémies d'oreillons observées à Commeny, 1875, 1881, 1887 (Gazette Médicale de Paris, 1887, pages 510, 518, 529, 544, 558).

Favreras. — El tratamiento solvarsanico de urleana (Rev. esp. de med. gen. in Barcelon, 1926, p. 331-333).

Feliciano. — Méningite ourlienne. Thèse Paris, 1905.

Ferrand. — Un cas d'oreillons compliqués (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, mars 1895).

Finch. — Mumps and Appendicitis (Brit. Med. Journ., n° 3764-1933, p. 315).

Findlay (J. W.). — Hémiplégie infantile. Paralysie cérébrale aiguë suite d'oreillons (The Glasgow Med. Journ., janvier 1906).

- Finizio* (G.) de Bologne. — Un cas de stéatorrhée consécutive aux oreillons (La *Pediatria*, n° 9, 1909, p. 674).
- Fischer*. — Parotiden Metastase auf das linke ovarium (Magazin für die gesammte Heilkunde, Berlin, 1823).
- Foa*. — Glomérulonéphrite aiguë à la suite d'oreillons (La *Pediatria*, 1^{er} août 1930, p. 841-846).
- Fornara* (P.). — Sulle complicazioni della parotite epidemica nell'infanzia (La *Pediatria Pratica*, septembre 1930, n° 9).
- Fournier et Grisolle*. — Oreillons avec manifestations vulvaires (Journal de Médecine et Chirurgie pratiques, 1867).
- Friedjung* (J. F.). — Une seconde attaque d'oreillons (Jahrb. für Kinderheilk., 1913, p. 197).
- Gailhard*. — Les oreillons. Thèse Montpellier, 1877.
- Gallavardin*. — Complications nerveuses des oreillons (Gazette des Hôpitaux, 1898, n° 104).
- Galli* (P.). — Parotite epidemica e tosse convulsiva critiche ed asservazioni (Rivista di Clinica *Pediatria*, Gennaio, 1906).
- Gassicourt* (C. de). — Traité clinique des Maladies de l'Enfance, 1882.
- Garraham et Musio*. — Parotidite épidémique chez un prématuré (Archivos espanoles de *Pediatria*, janvier 1931, p. 51).
- Gauthier* (V.). — Oreillons épidémiques chez une femme en couches et chez son nouveau-né (Revue Médicale de la Suisse Romande, 15 février 1883).
- Gillet*. — Oreillons infectieux (Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, 1882).
- Gilliet*. — Mort subite dans un cas d'oreillons (Gazette des Hôpitaux, 1873).
- Gilmore-Kerley*. — Néphrite aiguë compliquant les oreillons chez un enfant de 4 ans (Archiv. of *Pediatrics*, février 1898).

- Glénèreau.* — Sur une épidémie d'oreillons compliquée d'accidents cérébraux (Bulletin de Thérapeutique, 1884, p. 666).
- Gordon (M. H.).* — Méningo-encéphalite expérimentale produite par le virus des oreillons (The Lancet, CCXII, 26 mars 1927, p. 652-653).
- Grognot.* — Les oreillons et leur localisation sur l'appareil génital de la Première Enfance (Gazette Médicale de Nantes, 1907, p. 693).
- Grunzweig (R.).* — Etude générale sur les oreillons et en particulier sur l'orchite ourlienne. Thèse Toulouse, 1916.
- Guilloux (L.).* — L'infection ourlienne dans ses rapports avec la menstruation et la gestation. Thèse Paris, 1923.
- Gundersen (E.).* — Y a-t-il relation entre l'encéphalite léthargique et la parotidite épidémique ? (Journ. Infect. Diseases, XLI, octobre 1927, p. 257-266).
- Gunn (W.).* — Convalescent Serum in Prophylaxis of Measles, Chicken-Pox and Mumps (Brit. Med. Journ., n° 3708, 1932, p. 183).
- Haden (R. L.).* — Les complications cérébrales des oreillons (Arch. int. de Médec., XXIII, juin 1919, p. 737-744).
- La bactériologie des oreillons (Americ. Journ. med. Sc., CLVIII, novembre 1919, p. 698-702).
- Haillot.* — De l'oreillon et de ses complications. Thèse Paris, 1876.
- Hallé et Tixier.* — Un cas de méningite cérébro-spinale préourlienne (Comptes Rendus du Congrès de 1910 de l'Association française de Pédiatrie, p. 290).
- Heilly (d').* — Article « Oreillons » dans le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie de Jaccoud, 1878.
- Herber.* — Contribution à l'étude des paralysies ourliennes. Thèse Paris, 1899.
- Hirsch et Kauffmann.* — Oreillons et diabète (Jahrbuch für Kinderheilk., CXXXIX, 1933, p. 82).

Hollmann. — Deux cas d'oreillons chez le nourrisson (Saint-Pétersb. Med. Wochens., 22 novembre 1908).

Houel et Larivière. — Avortement au cours d'infection ourlienne (L'Algérie Médicale, n° 22, 1929, p. 313).

Howard (T.). — Méningo-encéphalite, seule manifestation d'Oreillons : Relation de trois cas (Americ. Journ. med. Sc., CLVIII, novembre 1919, p. 685-689).

Huber (J.), Bénard (R.), Weill (P.-E.) et Apert. — Accidents pluriglandulaires apparus à la suite d'oreillons graves (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, 2 mars 1928).

Hudelo et Thibault. — Article « Oreillons » dans : Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thoinot, 1914.

Human (C. D.). — Oreillons congénitaux (American Journal of Med. Sc., Philadelphia, t. XXIX, 1855, p. 56).

Hutinel (V.). — Les Maladies des Enfants, 5 vol. 1909.

— Les oreillons et leurs complications (Bulletin Médical, 29 octobre 1910).

Jahn. — La formule leucocytaire dans les oreillons (Deutsche Med. Woche., XLVII, 1928, p. 1974).

Jelski (M.). — Néphrite hémorragique consécutive aux oreillons (Arch. für Kinderheilk., XLVII, 1908, p. 164).

Joltrain, Hillemand et Bezançon (Justin). — Méningite ourlienne primitive et séquelles nerveuses (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, 24 juin 1927).

Kaunitz. — Méningite ourlienne (The Journal of the Amer. Med. Assoc., 18 mai 1918).

Kermorgant (Y.). — Contribution à l'étude de l'étiologie des oreillons. Thèse Paris, 1925.

— Sur l'étiologie des oreillons (C. R. Acad. Sciences, CLXXX, 27 avril 1925, p. 1298-1300).

— Sur l'étiologie des oreillons (C.-R. Société Biologie, XCII, 16 mai 1925, p. 1370-1372).

— Sur la morphologie et les modes de reproduction du

- spirochète des oreillons (C. R. Société Biologie, 23 mai 1925, XCII, p. 1434-1436).
- Contribution à l'étude de l'étiologie des oreillons (Annales Instit. Pasteur, XXXIX, juillet 1925, p. 565-527).
 - Sur l'étiologie des oreillons (Annales de Médecine, XIX, n° 3, mars 1926, p. 301-312).
 - Etiologie des oreillons (Bull. et Mém. S. M. H. Paris, 26 mars 1926, p. 564-566).
 - Etiologie des oreillons (La Semaine des Hôpitaux, 9 mars 1926).
- Lannois* et *Lemoine*. — Des manifestations méningitiques des oreillons (Archives de Neurologie, 1882, n° 1).
- Laveran*. — Article « Oreillons » Dictionnaire Dechambre, 1882.
- Lavergne (M.)*. — Sur un cas de méningite ourlienne simulant une forme grave de méningite cérébro-spinale à ménin-gocoques (Archives de Médecine des Enfants, avril 1917, p. 182).
- Lavergne (de)*, et *Florentin*. — Etude sur le pouvoir préventif du sérum de convalescents d'oreillons (Paris-Médical, n° 23, 6 juin 1925).
- Lavergne (de)*, *Michel* et *Kissel*. — Méningite ourlienne primitive (Revue médicale de l'Est, 14 juillet 1928 et « l'Hôpital », n° 238, 1929, p. 338).
- Ledoux (E.)* et *Tournier (G.)*. — Méningo-encéphalo-névrite ourlienne (Revue médicale de l'Est, 1931, p. 297).
- Ledoux (E.)*. — Méningo-encéphalo-névrite ourlienne (Revue médicale de l'Est, 1931, p. 341).
- Léo*. — Sur l'Orchite ourlienne dans l'Enfance (Jahrb. für Kinderheilk., 1899).
- Leonardo (di)*. — Les sels d'Arsénobenzol dans le traitement des oreillons (Policlinico, XXXV (Seziona pratica), 4 juin 1928, p. 1047-48).
- Lereboullet*. — Prophylaxie et Traitement des oreillons (Concours médical, 29 juin 1924).

- Lereboullet et Sebag.* — Un cas de diabète infantile post-ourlien (Société de Pédiatrie du 16 janvier 1924).
- Lesné, Dreyfus-Sée, Lièvre.* — Oreillons suivis d'Hirsutisme. Radiothérapie de la région surrénale (Société de Pédiatrie, 18 mars 1930).
- Liégeois.* — Contribution à l'étude des complications cérébrales et méningées des oreillons (Progrès médical, 3 octobre 1891).
- Longuet.* — Complications des oreillons (Union médicale, 1885, p. 673-725).
- Maisondieu.* — Manifestations articulaires au cours des oreillons. Thèse Paris, 1924.
- Maillie.* — Traitement des oreillons par le sérum antidiphthérique (Journal de médecine de Bordeaux, 1922).
- Manca.* — Osservazioni anatomo-pathologiche su un caso mortale di parotite epidemica (Gior. di R. Accad. di Medicina di Torino, série IX, XLV, 1932, p. 21).
- Mandonnet.* — Paralysie de l'Accommodation et du voile du palais consécutive à une attaque d'oreillons (Annales d'Oculistique, 1903).
- Margarot.* — Le réflexe oculo-cardiaque dans les oreillons (Progrès médical, 1919, p. 271).
- Les troubles du rythme cardiaque dans les oreillons (Sud médical, 15 août 1919).
- Marquet (C.).* — Ovarite ourlienne (Gazette médicale du Centre, 15 février 1923).
- Massa.* — Pancréatite ourlienne et diabète infantile (Gazz. d'Osp., 50, 10 février 1929, p. 168-173).
- Massary (de), Lockmann et Luce.* — La méningite ourlienne (Revue int. de Médecine et de Chirurgie, 1917).
- Mayrhofer-Grünbühel (J.).* — Encéphalite après parotidite épidémique (Wien. Klin. Wochens., XXXVII, 6 novembre 1924, p. 1165).

- Merklen (P.) et Gounelle (H.).* — Pancréatite consécutive aux oreillons (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, 1929, p. 130).
- Mesmain (D.).* — Contribution à l'étude des oreillons en général et en particulier des oreillons sous-maxillaires. Thèse Paris, 1902.
- Mestrezat.* — Le liquide céphalo-rachidien, 1 vol.
- Metzulescu (A.).* — Traitement des complications ourliennes par le sérum et le sang de convalescents (Bullet. Acad. de Médecine, CIV, 1930, p. 94).
- Meyer (P.) et Jacobs.* — Symptômes méningés précédant l'apparition de la tuméfaction des glandes salivaires (Réunion pédiatrique de Strasbourg. Arch. de Méd. des Enfants, 1925).
- Meynet.* — Cas d'oreillons suivis de métastase sur les ovaires (C. R. de la Société des Sciences médicales de Lyon, 1866).
- Michel.* — Des oreillons. Thèse de Paris, 1868.
- Mironesco (F.), Nicolicesco (N.) et Stefanescu-Dima (N.).* — Troubles régulateurs de la glucose dans la parotidite épidémique (Bullet. Acad. de Médecine, CI, 1929, p. 647).
- Molinelli.* — Action de los campuestas arsenicales en la infección urliana (Rev. Soc. Argent. de la Buenos-Aires, 1925, p. 673-676).
- Monod (R.).* — Réactions méningées chez les enfants. Thèse Paris, 1902.
- Morard.* — Exanthème d'aspect morbillieux chez deux porteurs d'oreillons (Montpellier médical, 1895).
- Morquio (L.).* — Méningite tuberculeuse consécutive aux oreillons (Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie, mars 1931).
- Moulonguet (A.).* — Les complications auriculaires des oreillons (La Médecine, 1921, p. 296).
- Moutier (F.).* — La septicémie ourlienne. Contribution à l'étude

- des localisations polyviscérales dans les oreillons (Annales de Médecine, XII, n° 4, octobre 1922, p. 296-312).
- Nathan.* — Un cas d'oreillons à forme atypique (Société de Pédiatrie, 17 mai 1910).
- Naudin (L.).* — 28 cas d'ovarite ourlienne. Thèse Toulouse, 1924.
- Naughton (Mc).* — Epidemic parotitis with metastasis to the female genitalia (Brooklyn medical Journal, 1903).
- Nicolle (Ch.) et Conseil (E.).* — Reproduction expérimentale des oreillons chez le singe (Société de Biologie du 26 juillet 1913).
- Nobécourt (P.) et Brelet.* — Méningite ourlienne avec lymphocytose céphalo-rachidienne (Société de Pédiatrie, 1905).
- Nobécourt (P.) et Schreiber (G.).* — Hygiène sociale de l'Enfance, 1 vol.
- Nobécourt (P.).* — Précis de Médecine des enfants, 1 vol. 1926.
- Clinique médicale des enfants (Maladies infectieuses, 2^e série, 1933).
- Orr (H.).* — Sur la période d'incubation des oreillons (Journ. of the Royal Army Med. Corps, t. XXXI, décembre 1918, p. 480-483).
- Pauly.* — Oreillons suppurés chez une fillette de trois ans (Lyon Médical, 1903, t. CI, p. 351).
- Paolillo (S.).* — Considérations sur 110 cas de parotidite épidémique (Il Policlinic, n° 25, 1930, p. 918).
- Pavel (I.), Claudian (I.) et Corrigeano.* — A propos d'un cas de tétanie survenant au cours des oreillons. Le facteur familial prédisposant à la tétanie (Bullet. et Mém. S. M. H. de Bucarest, octobre 1928, p. 312).
- Péchin.* — Complications oculaires des oreillons. Iritis et kératite (Congrès d'Ophtalmologie, mai 1901).
- Penson (J.).* — Méningite et encéphalite comme complications de la parotidite épidémique (Warszawsk-Czasopismo Lekarsk, n° 15, 1931, p. 344).

- Perrin.* — Complications méningées des oreillons. Thèse Toulouse, 1909.
- Philiberti (A.).* — Manuel de Bactériologie Médicale, 1 vol.
- La Méningite herpétique (Progrès Médical, 5 décembre 1923).
 - Les Virus cytotropes (Annales de Médecine, t. XVI, n° 4, octobre 1924).
 - Nouvelle conception de la pathogénie des oreillons. (Le Progrès Médical, n° 4, 23 janvier 1932).
- Pilod.* — A propos d'un cas de phlébite ourlienne (Val-de-Grâce, Séance du 6 juillet 1923).
- Pocmann.* — Maladie ourlienne et Méningite ourlienne. Thèse Paris, 1921.
- Pontano (T.).* — Recherches sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et physiopathologique de l'infection parotidienne épidémique (Bullet. e Atti della R. Accad. Medica, fasc. 5, 1930, p. 126).
- Prade (de la) et Loiret.* — Physiopathologie et Cytologie comparées des salives sous maxillaires et parotidiennes (C. R. Acad. de Médecine du 8 juillet 1919).
- Proby (H.).* — Pathologie et complications oculaires des oreillons (Journal de Médecine de Lyon, 20 juillet 1931).
- Quermonne.* — Considérations cliniques sur une épidémie d'oreillons (Année Médicale de Caen, 1907, p. 112).
- Raynaud (M.).* — Fréquence des réactions pancréatiques au cours des oreillons (Livre Jubilaire du Professeur J. Teissier, 1910).
- Regon (J.-C.).* — Prophylaxie sérique de la parotidite épidémique (Journ. Amer. Med. Assoc., LXXXIV, 24 janvier 1925, p. 279-280).
- Reh (Th.).* — A propos de deux cas de récidence de maladies infectieuses immunisantes : scarlatine récidivante, oreillons récidivants (Archives de médecine des Enfants, 1927, p. 726).

- Rénon.* — Du diagnostic de l'appendicite aiguë avec l'ovarite ourlienne droite (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, 1903).
- Reverchon et Worms.* — L'Œdème du larynx au cours des oreillons (Société de Biologie du 18 février 1905).
- Ribierre.* — L'oreillon unilatéral et son diagnostic (Progrès Médical, 1910).
- Rocchi (F.).* — Les altérations chimiques de la salive parotidienne dans la parotite épidémique (Il Policlinic, S. M., n° 11, 1930, p. 509).
- Romme (M.).* — Recherche expérimentale sur l'étiologie des oreillons (Presse Médicale, 10 février 1919).
- Rosselet.* — Un cas d'oreillons chez un enfant de 16 mois (Journal de Médecine et de Chirurgie, 1905, p. 363).
- Roux (G.).* — La bradycardie dans les oreillons. Thèse Paris, 1913.
- Les méningites ourliennes (Gazette des hôpitaux, 1914, n° 34).
- Roy (P.).* — La pancréatite ourlienne (La Clinique, 1909, p. 468).
- Rozet.* — Sur une épidémie d'oreillons à Arras (Bulletin Médical du Nord, 1865).
- Ruge (H.).* — Affection menaçante de l'ovaire dans la parotidite épidémique (Munch. Med. Wochens., LXVI, 5 décembre 1919, p. 1422-1423).
- Sabrazès et Broustet.* — Recherche des spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien, l'urine, le testicule de malades atteints d'oreillons (C. R. Société Biologie, XCVII, 20 juillet 1927, Bordeaux, p. 918-920).
- Sabrazès.* — Orchite ourlienne (La Médecine Pratique, 20 avril 1933).
- Sassy.* — L'Angine ourlienne. Thèse Montpellier, 1909.
- Sciavone.* — Parotitis epidemic en una lactante de 25 dias (La Semana Medica, 27 mars 1930, p. 196).

Schreiber (G.). — Symptômes méningés sans parotidite suivis d'oreillons dans la famille (Société de Pédiatrie, 19 avril 1932.)

Seta. — Les Oreillons. Thèse Paris, 1869.

Shastin (R.). — Sur la sécrétion salivaire dans les oreillons (Jahrb. für Kinderheilk., mai 1931, p. 304).

Sicard et Dopfer. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours des oreillons (Société de Biologie du 18 février 1905).

— Oreillons avec zona du trijumeau et lymphocytose rachidienne (Bullet. et Mém. S.M.H. Paris, 17 février 1905).

Steinitz (F.). — Oreillons récidivants chez les enfants (Monatschrift für Kinderheilk., 1929, p. 420-432-437).

Stern (W.). — Rapports épidémiologiques entre la Rougeole et les Oreillons (Med. Klinik XXIV, 24 février 1928, p. 293).

Stevens (A. M.). — Mumps of the Pancreas. Report of four cases in children (Arch. of Pediatrics, May 1925, p. 323).

Taillens. — La méningite ourlienne (Revue médicale de la Suisse Romande, 25 avril 1929, p. 420-425).

— La méningite ourlienne (Gazette médicale de France, n° 6, 1930, p. 141).

Teissier (P.) et Schoeffer. — Bradycardie et Réactions méningées dans les oreillons (XI^e Congrès Français de Médecine, Paris, octobre 1910).

Teissier (P.) et Esmein (Ch.). — Etude bactériologique de 45 cas d'oreillons (Société de Biologie du 12 mai 1916).

— Article : Oreillons, dans Nouveau Traité de Médecine de Roger, Widal et Teissier.

Teissier (P.). — De la contagiosité et de l'épidémiologie de la fièvre ourlienne. Sa prophylaxie générale et sa prophylaxie sérique (Bulletin Médical, 25-28 mars 1925 ; Paris Médical, 1^{er} août 1925).

- A propos de la prophylaxie des oreillons et de l'orchite ourlienne par l'emploi du sérum de convalescents ou guéris de cette maladie (Bullet. Acad. de Médecine 7 avril 1925, p. 969-972).

Tronjo (J.). — Complications oculaires des oreillons. Thèse Lyon, 1911.

Trousseau. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. I, p. 253 (Archives générales de Médecine, 1854).

Troitsky. — Epidémie d'oreillons chez des jeunes filles (Russkai Vrach Saint-Petersbourg, 1902).

Urbantschitsch. — Méningite toxique dans les oreillons (Wiener Klinik Wochens., LXXXI, n° 44, 3 novembre 1921).

Veslot. — La rougeole dans la première année. Thèse Paris, 1933.

Villard, Viallefond et Temple. — Manifestations oculaires des oreillons; stase papillaire simulant une névrite optique (Arch. Soc. Science Med. Montpellier, 1933, p. 70).

Wahl (S. A.). — Absès de la parotide consécutif aux oreillons (Acad. of Medec. of Cleveland, Pediatric Section; Réunion du 7 mars 1929).

Wallgreen. — Méningite ourlienne sans oreillons (Acta Pediatrica, 1926).

Weissenbach, Turquety et Durupt. — Méningite ourlienne primitive (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, 15 juin 1929, p. 881-889).

Weissenbach et Basch (G.). — Un cas de méningite ourlienne primitive avec aphasie et hémiparésie transitoires. La méningo-encéphalite primitive (Bullet. et Mém. de la S. M. H. Paris, 14 juin 1929, p. 813).

Weissenbach et Basch (G. et M.). — La méningite et la méningo-encéphalite ourlienne primitive (Annales de Médecine, t. XXVII, n° 1, janvier 1930).

— La méningo-encéphalite ourlienne primitive. Significa-

tion des altérations du liquide céphalo-rachidien dans l'infection ourlienne (Paris Médical, juin 1930, n° 28, p. 531).

Weissenbach. — A propos de la méningo-encéphalite ourlienne primitive et de la méningo-encéphalite ourlienne autonome (Progrès Médical, n° 9, 1932, p. 377).

Wesselhöft. — Mumps : A review of our knowledge concerning its etiology, mode of transmission, incubation and period of infectivity (Medical Surgeon Washington, 1920, p. 63-82).

White-Henton. — Oreillons chez la mère et l'enfant (Brit. med. Journ., 21 juin 1902).

Wollstein (Martha). — Etude expérimentale sur les oreillons (The Journ. of experiment. med., t. XXIII, n° 3, mars 1916, p. 355-376).

Woringer (P.). — Carence solaire et infections ; maladies infectieuses influencées par les saisons (Revue française de Pédiatrie, 1926, p. 198-200).

Zade. — Ein Beitrag zur Polymorphis des parotidites epidemica mit besonderer Berücksichtigung secundärer Meningitiden (Arch. für Kinderheilk., 1912).

Zambrini et Casteran. — Névrite acoustique bilatérale à la suite d'oreillons chez un enfant (Revue de Especialid, 5 nov. 1930, p. 1849-1851).

Zerbino. — Méningite ourlienne (Arch. lat-améric de Pediatria, janvier-février 1918).

Zimmerli. — La leucocytose dans la Parotidite épidémique (Zeitschrift für Klin. Medizin, LXXXIV, 24 janvier 1925, p. 426-438).

Zoeller (C. J.). — De quelques données concernant l'infection ourlienne (Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, t. XXXIV, janvier 1926, p. 1-20).

- Du traitement et de la prophylaxie des oreillons basés sur les recherches de Kermorgant (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, 16 avril 1926, p. 582-585).
- Trois cas d'oreillons sous-maxillaires (Bullet. et Mém. S. M. H. Paris, 17 juin 1927, p. 970-972).



